

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUANA TONIN

**APLICAÇÃO DO MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL EM ENFERMAGEM  
DOMICILIAR ÀS CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE E A  
SUAS FAMÍLIAS**

CURITIBA

2017

LUANA TONIN

**APLICAÇÃO DO MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL EM ENFERMAGEM  
DOMICILIAR ÀS CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE E A  
SUAS FAMÍLIAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, Linha de Pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda  
Coorientadora: Profa. Dra. Luciane Favero

CURITIBA  
2017

Tonin, Luana

Aplicação do modelo de cuidado transpessoal em enfermagem domiciliar às crianças com necessidades especiais de saúde e suas famílias / Luana Tonin – Curitiba, 2018.

167 f.: il. (algumas color.); 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria Ribeiro Lacerda

Coorientadora: Professora Dra. Luciane Favero

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Teoria de enfermagem. 2. Modelos de enfermagem. 3. Cuidados de enfermagem.  
4. Assistência domiciliar. 5. Saúde da criança. I. Lacerda, Maria Ribeiro. II. Favero, Luciane.  
III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM  
Código CAPES: 40001016045P7


### TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **LUANA TONIN**, intitulada: **"APLICAÇÃO DO MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL EM ENFERMAGEM DOMICILIAR ÀS CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS"**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 29 de Novembro de 2017.

  
MARIANA RIBEIRO LACERTA  
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

  
VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA  
Avaliador Interno (UFPR)

  
PATRICIA KUERTEN ROCHA  
Avaliador Externo (UFSC)

*Dedico este trabalho às crianças e seus familiares que participaram deste estudo, que me proporcionaram conhecimentos e experiências sobre o sagrado de cada um, o que me fez crescer como enfermeira, pessoa e espírito.*

## AGRADECIMENTOS

*Ao chegar ao final de mais uma etapa da minha vida, se faz necessário e é de grande importância agradecer àquelas pessoas importantes que me auxiliaram na construção deste trabalho.*

*Primeiramente a Deus e a toda espiritualidade superior, que me orienta, me guia e fornece toda a proteção necessária para continuar minha caminhada.*

*Aos meus pais Olívio e Ivanilde, por me ensinarem as coisas mais importantes. Vocês são minhas maiores fortalezas. Amo muito vocês! Sempre!*

*Aos meus irmãos Silvana e Sérgio, meus companheiros de vida! E às crianças da minha vida... meus sobrinhos! Amo muito vocês!*

*Aos meus avós Jandira, João, Livia e Angelo (in memoriam), pelos exemplos de vida, por me fazerem experimentar o cuidado humano em minhas próprias experiências pessoais...*

*O sonho de um aluno começa quando um professor acredita nele. À minha orientadora Dra. Maria Ribeiro Lacerda, por me aceitar sem ao menos me conhecer, conceder a mim a aplicação do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar e por me despertar para os caminhos do cuidado transpessoal. Minha eterna gratidão!*

*À minha coorientadora, Dra. Luciane Favero, agradeço todos os momentos compartilhados, o ensino recebido e a atenção dispensada a mim no decorrer desta etapa.*

*A todas as crianças e suas famílias que participaram espontaneamente deste estudo. Por causa deles, é que esta dissertação se concretizou. Vocês merecem o meu eterno agradecimento!*

*Aos meus amigos do mestrado, pelos momentos divididos juntos, especialmente à Grazielle, Josemar, Lya, Ana, Sandra, Larissa, Juliana, Michele e Gisele, que se tornaram verdadeiros amigos e tornaram mais leve o meu trabalho.*

*Aos membros do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE), obrigada pelos diversos momentos de aprendizado, em especial, à Dda. Jaqueline D. do Nascimento, por ter sido minha mentora desde o início do mestrado.*

*À professora Dra. Verônica A. Mazza, por ter me “adotado” na disciplina de prática docente e compartilhado todo o seu conhecimento de Pediatria, além das valiosas contribuições para o desenvolvimento deste trabalho.*

*Aos profissionais do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), obrigada por me receberem tão bem e me acolherem como membro da equipe, em especial, à enfermeira Larissa e às fisioterapeutas Elenize e Talita, por toda atenção dispensada. Meu muito obrigado!*

*Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, que contribuíram imensamente para a minha formação durante as disciplinas.*

*Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), por ter financiado meus estudos do mestrado.*

*Aos colegas e professores da Residência em Saúde da Criança e do Adolescente, do Hospital Pequeno Príncipe, x'por todo o incentivo para a realização da seleção do mestrado.*

*E a todos que, de uma maneira ou outra, fizeram parte desse processo de evolução e construção.*

*Só se vê bem com o coração, o essencial é invisível aos olhos.*

*(Antoine de Saint-Exupéry)*



## RESUMO

TONIN, L. **Aplicação do modelo de cuidado transpessoal em Enfermagem domiciliar a crianças com necessidades especiais de saúde e a suas famílias.** 166f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

Orientador: Prof. Dra. Maria Ribeiro Lacerda

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Este estudo objetivou analisar a contribuição do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar no cuidado às crianças com necessidades especiais de saúde e a suas famílias. Este trabalho foi orientado teórica e filosoficamente pela Teoria do Cuidado Humano, envolve a utilização dos Elementos do *Processo Clinical Caritas*, tem pressupostos humanistas embasados na Atenção Domiciliar, sendo operacionalizado pelas seguintes fases de ação: Contato Inicial, Aproximação, Encontro Transpessoal e Separação. Apresenta ainda os conceitos de saúde, ambiente, enfermagem, ser humano, cuidado domiciliar, contexto domiciliar, família e cuidador. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo pesquisa-cuidado, compreendendo as fases de aproximação com o objeto de estudo, o encontro com o ser pesquisado-cuidado, o estabelecimento das conexões de pesquisa, a teoria e a prática, o afastamento do ser pesquisador-cuidador e do ser pesquisado-cuidado e a análise do apreendido, que se deu por meio da Estratégia Analítica Geral, contando com proposições teóricas e com a Técnica Analítica Específica-Combinação de Padrão. Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná-Setor de Ciências da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR, parecer nº 1.738.079, 21 de setembro de 2016. A coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro de 2016 e maio de 2017, no domicílio das famílias que tinham crianças com necessidades especiais de saúde e que pertenciam ao Serviço de Atendimento Domiciliar. Participaram oito crianças e 12 familiares cuidadores, totalizando 77 horas e cinco minutos de cuidado, o que resultou em 360 páginas de diário de campo, foram aplicados 537 vezes os pressupostos do referido modelo de cuidado, 322 utilizações de Elementos do *Processo Clinical Caritas*, 467 necessidades de cuidado atendidas, 150 tipologias de cuidado verificadas e características identificadas em cada um dos conceitos do modelo. Desta forma, o modelo atendeu as necessidades de cuidado das crianças e seus familiares da seguinte forma: no início, foram manifestadas necessidades biológicas, biofísicas e psicofísicas, concretas e de ordem inferior. Após evolução da relação, essas necessidades foram caracterizadas como de ordem superior (abstratas), psicossociais, inter e intrapessoais, efetivadas durante o Encontro Transpessoal. Durante a Separação, observou-se a menor utilização de estratégias, o que mostra a efetividade do preparo para o fim da relação nas etapas antecessoras. Assim, foram identificadas as potencialidades do modelo, compreendendo ser construído para a população que está em cuidado domiciliar, envolver e considerar as especificidades de cada ambiente, possibilitar a evolução da relação, atender as necessidades e dar base para a enfermeira avançar na prestação do seu cuidado. As fragilidades apontadas foram as dificuldades da pesquisadora em se apropriar da temática, que são externas ao modelo, e as sugestões de melhorias que dizem respeito à sua estrutura teórica interna, com reorganização de pressupostos durante a aplicação das fases e registro do cuidado

prestado. Esse caminhar possibilitou compreender que a aplicação do modelo pode contribuir para a construção do conhecimento na enfermagem. As implicações incluem a necessidade de o ser que cuida se preparar anteriormente para o cuidado. Além disso, os enfermeiros podem auxiliar as famílias a aprimorar suas habilidades no cuidado domiciliar à população infanto-juvenil. As limitações deste estudo envolvem ter sido aplicado apenas a crianças com necessidades especiais de saúde, desta forma, sugerem-se, para pesquisas futuras, novos estudos com diferentes participantes, sendo imprescindível avaliação da aplicação.

Palavras-Chave: Teoria de Enfermagem. Modelos de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Assistência Domiciliar. Saúde da Criança.

## ABSTRACT

TONIN, L. **Application of the Transpersonal Caring Model in Home -Care Nursing for children with special care needs and their families.** 166p. Dissertation (Nursing Master's Degree) – Nursing Postgraduation Program, Health Sciences Department, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

Advisor: Prof. Maria Ribeiro Lacerda, PhD

Line of Research: Nursing Health Care Process

This study objectified to analyze the contribution of the Transpersonal Caring Model in Home-Care Nursing for children with special care needs and their families. It was theoretically and philosophically guided by the Theory of Human Care, entailing the use of the Elements of the Clinical Caritas Process, having humanistic assumptions based on Home Care, and being operationalized by the following action steps: Initial Contact, Approaching, Transpersonal Encounter and Separation. It still features concepts of health, environment, nursing, human being, home care, home context, family and caregiver. It is a qualitative care-research study, comprising the steps of approaching the studied object, the encounter with the researched-cared being, establishment of research connections, theory and practice, separation from the researcher-caring being from the researched-cared being, and the analysis of what was learned by means of the General Analytical Strategy, with the theoretical propositions as well as the Specific Analytical Technique - Pattern Combination. It was approved by the Ethics Research Boards from the Universidade Federal do Paraná, Health Sciences Department, and from the Municipal Secretary of Health, Curitiba, Paraná State, Brazil, opinion number 1.738079, September 21<sup>st</sup>, 2016. Data collection was held at the home of families with children requiring special care needs under the Home Health Care Service between October, 2016 and May, 2017. Eight children and 12 family caregivers participated in the study, totaling 77 hours and five minutes of care, resulting in 360 pages of field diary, with the assumptions of the aforementioned care model being applied 537 times, 322 uses of the Elements of the Clinical Caritas Process, 467 care needs were met, 150 care typologies were verified and characteristics were identified in each one of the model concepts. Therefore, the model met the care needs of the children and their family members, as follows: in the beginning, biological, biophysical and psychophysical, concrete and lower-order needs were manifested. After the evolution of the relationship, such needs were characterized as higher-order (abstract), psychosocial, inter- and intrapersonal ones, carried out during the Transpersonal Encounter. During the Separation, smaller use of strategies was observed, which proves the effectiveness of preparing the end of the relationship in the preceding steps. Thus, the model potentialities were identified, which is deemed to be built for the population under home care, to involve and consider the specificities of each environment, to enable the evolution of the relationship, to meet the needs and to support nurses for them to enhance health care delivery. The fragilities pointed were the researcher's difficulties in the appropriation of the theme, external to the model, as well as the suggestions for improvement regarding its inner theoretical structure, with the reorganization of some assumptions during the application of the steps, and the recording of the delivered care. That pathway enabled to realize that the model application may contribute to the construction of the nursing knowledge. The implications entail the need of the caring being to prepare him/herself earlier for delivering care. Moreover, nurses may help families to enhance their home-care skills towards the child and adolescent

population. The limitations of this study comprise its application only for children with special care needs. Therefore, it is suggested, for further research, new studies with different participants, being indispensable the assessment of the application.

Key words: Nursing Theory. Nursing Models. Nursing Care. Home Care. Child Health.

## RESUMEN

TONIN, L. **Aplicación del modelo de cuidado transpersonal en Enfermería domiciliar a niños con necesidades especiales de salud y sus familias.** 166f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Pos-Graduación en Enfermería, Sector de Ciencias de la Salud, Universidad Federal del Paraná, Curitiba, 2018.

Orientador: Prof. Dra. Maria Ribeiro Lacerda

Línea de Investigación: Proceso de Cuidar en Salud y Enfermería

El objetivo del estudio fue analizar la contribución del Modelo de Cuidado Transpersonal en Enfermería Domiciliar en el cuidado a niños con necesidades especiales de salud y sus familias. Fue orientado teórica y filosóficamente por la Teoría del Cuidado Humano, abarca la utilización de los Elementos del *Proceso Clinical Caritas*, presupuestos humanistas basados en Atención Domiciliar, siendo instrumentalizado mediante las siguientes etapas de acción: Contacto Inicial, Aproximación, Encuentro Transpersonal y Separación. Presenta también conceptos de salud, ambiente, enfermería, ser humano, cuidado domiciliar, contexto domiciliar, familia y cuidador. Es una investigación cualitativa del tipo investigación-cuidado, abarca las etapas de aproximación con el objeto de estudio, encuentro con el ser investigado-cuidado, establecimiento de conexiones de investigación, teoría y práctica, distanciamiento del ser investigador-cuidador y ser investigado-cuidado y análisis de lo aprendido, por medio de la Estrategia Analítica General, utilizando proposiciones teóricas y la Técnica Analítica Específica-Combinación de Estándares. Fue aprobado por los Comités de Ética en Investigación de la Universidad Federal del Paraná-Sector de Ciencias de la Salud y de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba-PR, parecer nº 1.738.079, septiembre 21/ 2016. Recolección de datos realizada de octubre/2016 a mayo/ 2017, en el domicilio de familias de niños con necesidades especiales de salud y que pertenecían al Servicio de Atención Domiciliar. Participaron ocho niños y 12 familiares cuidadores, totalizando 77 horas y cinco minutos de cuidado, el resultado fueron 360 páginas de diario de campo, 537 aplicaciones de los presupuestos del referido modelo de cuidado, 322 utilizaciones de Elementos del *Proceso Clinical Caritas*, 467 necesidades de cuidado atendidas, 150 tipologías de cuidado verificadas y características identificadas en cada uno de los conceptos del modelo. El modelo atendió las necesidades de cuidado de los niños y sus familiares así: inicialmente, hubo manifestación de necesidades biológicas, biofísicas y psicofísicas, concretas y de orden inferior. Después de la evolución de la relación, esas necesidades se caracterizaron como de orden superior (abstractas), psicosociales, inter e intrapersonales, realizadas durante el Encuentro Transpersonal. Durante la Separación, se observó menor utilización de estrategias, esto muestra la efectividad de la preparación para el fin de la relación en las etapas anteriores. Se identificaron las posibilidades del modelo, que comprenden ser construido para la población en cuidado domiciliar, abarcar y considerar especificidades de cada ambiente, permitir la evolución de la relación, atender las necesidades y dar base para que la enfermera avance en la prestación de sus cuidados. Las fragilidades señaladas fueron las dificultades de la investigadora para apropiarse de la temática, que son externas al modelo, y las sugerencias de mejorías que se refieren a su estructura teórica interna, con reorganización de presupuestos durante la aplicación de las etapas y registro del cuidado prestado. Ese caminar permitió comprender que la aplicación del modelo puede contribuir para

construir el conocimiento en la enfermería. Las implicaciones incluyen la necesidad de que quien cuida se prepare previamente para el cuidado. Además, los enfermeros pueden ayudar a las familias a perfeccionar sus habilidades en el cuidado domiciliar a la población infanto-juvenil. Las limitaciones de este estudio se refieren a haberse aplicado solamente a niños con necesidades especiales de salud, por ello, se sugieren, para investigaciones futuras, nuevos estudios con diferentes participantes, siendo imprescindible la evaluación de la aplicación.

Palabras-Clave: Teoría de Enfermería. Modelos de Enfermería. Cuidados de Enfermería. Asistencia Domiciliar. Salud Infantil.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	- CURVA DA EVOLUÇÃO DO RECURSO AOS CUIDADOS EM FUNÇÃO DA IDADE .....	29
FIGURA 2	- NECESSIDADES DE CUIDADO, SEGUNDO WATSON .....	60
FIGURA 3	- REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL EM ENFERMAGEM DOMICILIAR .....	66

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	- DIFERENÇAS ENTRE CIÊNCIA MÉDICA TRADICIONAL E CIÊNCIA DO CUIDADO HUMANO .....	49
QUADRO 2	- FASES DO PROCESSO DE CUIDAR DE LACERDA (1996)..	62
QUADRO 3	- DEFINIÇÕES DOS CONCEITOS ENVOLVIDOS NO MCTED	64
QUADRO 4	- APLICAÇÕES DO MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL EM ENFERMAGEM DOMICILIAR.....	67
QUADRO 5	- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	81
QUADRO 6	- CARACTERÍSTICAS DOS CONCEITOS IDENTIFICADAS DURANTE A APLICAÇÃO DO MCTED	99

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	- DISTRIBUIÇÃO DA UTILIZAÇÃO DOS PRESSUPOSTOS EM CADA FASE DO MCTED .....	84
TABELA 2	- DISTRIBUIÇÃO DA UTILIZAÇÃO DOS ELEMENTOS DO PROCESSO CLINICAL CARITAS DURANTE AS FASES DO MCTED .....	90
TABELA 3	- DISTRIBUIÇÃO DE NECESSIDADES ATENDIDAS EM CADA FASE DO MCTED .....	93
TABELA 4	- DISTRIBUIÇÃO DAS TIPOLOGIAS DE CUIDADO ENVOLVIDAS EM CADA FASE DO MCTED.....	96



## LISTA DE SIGLAS

ABVD	-	Atividades Básicas de Vida Diária
AD	-	Atenção Domiciliar
AIVD	-	Atividades Instrumentais de Vida Diária
CBO	-	Classificação Brasileira de Ocupações
CD	-	Cuidado Domiciliar
CEP	-	Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos
CHSN	-	<i>Children With Health Care Needs</i>
CIP	-	Cuidador Informal Primário
CIS	-	Cuidador Informal Secundário
CIT	-	Cuidador Informal Terciário
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
CRIANES	-	Crianças com necessidades especiais de saúde
ECA	-	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
FEAES	-	Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde
ID	-	Internação Domiciliar
MCTED	-	Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar
NEPECHE	-	Núcleo de Estudos Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PCC	-	<i>Processo Clinical Caritas</i>
PPGENF	-	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
SAD	-	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAE	-	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva
VD	-	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUZINDO O TEMA</b>	22
1.1 OBJETIVO GERAL	27
1.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	27
<b>2 REVENDO A LITERATURA</b>	28
2.1 O CUIDAR	28
2.2 O CUIDADO FAMILIAR E A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	30
2.3 O CUIDAR DE ENFERMAGEM	32
2.4 O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO	35
2.5 O CUIDADO À CRIANÇA NO CONTEXTO DOMICILIAR	39
2.6 MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM	42
<b>3 BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS PARA CUIDAR</b>	46
3.1 TEORIA DO CUIDADO HUMANO	46
3.2 NECESSIDADES DE CUIDADO SEGUNDO JEAN WATSON	59
3.3 MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL EM ENFERMAGEM DOMICILIAR	61
<b>4 INVESTIGAÇÃO PELO MÉTODO DE PESQUISA-CUIDADO</b>	68
4.1 APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO	69
4.2 ENCONTRO COM O SER PESQUISADO-CUIDADO	69
4.2.1 LOCAL DO ESTUDO	70
4.2.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	71
4.2.3 ASPECTOS ÉTICOS	72
4.2.4 TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS	73
4.3 ESTABELECIMENTO DAS CONEXÕES DE PESQUISA, TEORIA E PRÁTICA	75
4.4 AFASTAMENTO DO SER PESQUISADOR-CUIDADOR E DO SER PESQUISADO-CUIDADO	76
4.5 ANÁLISE DO APREENDIDO	77
<b>5 APRESENTAÇÃO DO APREENDIDO</b>	81
5.2 PRESSUPOSTOS ENVOLVIDOS NO MCTED	83
5.3 ELEMENTOS DO PROCESSO <i>CLINICAL CARITAS</i> UTILIZADOS	89
5.4 NECESSIDADES DE CUIDADO ATENDIDAS PELO MCTED	93
5.5 TIPOLOGIA DE CUIDADOS ENVOLVIDAS	98

5.6 CARACTERÍSTICAS IDENTIFICADAS NOS CONCEITOS DO MCTED .....	93
6 CONVERSANDO COM AUTORES SOBRE O APREENDIDO .....	101
7 REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO VIVIDO.....	115
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	118
REFERÊNCIAS.....	120
APÊNDICE 1- GUIA PARA APLICAÇÃO DOS ELEMENTOS DO <i>PROCESSO CLINICAL CARITAS</i> .....	140
APÊNDICE 2- MANIFESTAÇÕES DOS PRESSUPOSTOS ENVOLVIDOS NO MCTED .....	147
APÊNDICE 3- QUADRO AUXÍLIO PARA ANÁLISE DO DIÁRIO DE CAMPO.....	149
APÊNDICE 5- INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DE PRESSUPOSTOS DO MCTED .....	151
APÊNDICE 6- INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DE ELEMENTOS DO PROCESSO <i>CLINICAL CARITAS</i> UTILIZADOS NA APLICAÇÃO DO MCTED .....	153
APÊNDICE 7- INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DAS NECESSIDADES DE CUIDADO ATENDIDAS DURANTE A APLICAÇÃO DO MCTED .....	155
APÊNDICE 8- INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DAS TIPOLOGIAS DE CUIDADO ENVOLVIDAS EM CADA FASE DO MCTED.....	157
APÊNDICE 9- INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS IDENTIFICADAS NOS CONCEITOS DO MCTED .....	159
ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FAMILIAR CUIDADOR (TCLE 1) .....	161
ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO DA CRIANÇA (TCLE 2) .....	162
ANEXO 3 - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA....	163

## **APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO**

Neste capítulo, apresento minhas trajetórias acadêmica e profissional que motivaram minha escolha por este objeto de estudo: aplicar o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar (MCTED). (FAVERO, 2013).

Meu contato inicial com o Cuidado Domiciliar (CD) ocorreu no meu primeiro emprego, na assistência de Enfermagem na área de Saúde Coletiva, no acompanhamento de pacientes e famílias que estavam vivenciando condições adversas de saúde nos domicílios.

Ao fazer uma especialização na modalidade residência em Saúde da Criança e do Adolescente, tive contato com famílias e crianças em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), enfermarias, ambulatórios e unidades hospitalares que faziam transplante cardíaco e hepático, e também na atenção básica para atendimento às crianças nas Unidades de Saúde bem como em seus domicílios.

Este período me possibilitou maior experiência e proximidade com famílias e suas respectivas crianças em condições de cuidados intensivos agudos e crônicos de saúde, algumas dessas crianças tinham um tempo de internação avançado, caracterizado por patologias que não permitiam alta hospitalar, o que denominávamos de “moradores do hospital”.

No acompanhamento de inúmeras altas para o domicílio, momento em que sempre havia discussões entre as equipes do Hospital e da Rede de Atenção Primária (SAD-Serviço de Atendimento Domiciliar e ESF- Estratégia Saúde da Família), tanto da rede municipal quanto de outros estados e municípios atendidos pela instituição hospitalar, questionava-me sempre: Como, de fato, era feito este CD? Qual referencial teórico era utilizado por estes profissionais que atuavam no domicílio com as crianças e suas famílias? Quais fatores os profissionais que atuam no domicílio devem considerar para atuar neste contexto? Como o cuidador familiar vivencia esta mudança do hospital para o domicílio?

Ao final da residência, despertou-me maior curiosidade em conhecer sobre como poderia ser feito o CD dessas crianças e adolescentes ao receberem alta hospitalar. Tal desejo se somou ao interesse em aprimorar minha qualificação profissional e motivou minha seleção e consequente entrada para o Mestrado Acadêmico, aproximando-me do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem (NEPECHE), do Programa de Pós-Graduação

em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), coordenado pela Dra. Maria Ribeiro Lacerda.

Desta forma, reconheço o CD à criança como um momento envolto de particularidades, singularidades e que exige atenção e cuidado por parte da Enfermagem, o que justifica meu interesse pela temática e desenvolvimento deste estudo.

## 1 INTRODUZINDO O TEMA

O cuidado de enfermagem traz consigo a objetividade e a subjetividade da ação humana, a cautela, a preocupação, a inquietação de espírito, o desvelo e a atenção (NÓBREGA; SILVA, 2009). É presença, solicitude, preocupação, é uma ação de responsabilidade que o profissional apresenta quando alia princípios e valores do cuidado com envolvimento genuíno ao entender, respeitar e buscar ajudar a pessoa. (WALDOW, 2015).

Assim, na esfera da objetividade, considera-se que ocorre o desenvolvimento da clínica na Enfermagem pela relação de cuidado entre dois sujeitos geradores do ato de cuidar. Essa clínica está focada no cuidado e inclui o saber, as necessidades e os desejos do outro. (CELESTINO et al., 2015).

Esse formato de conceber o cuidado reconhece na escuta um instrumento imprescindível à construção de um plano terapêutico centrado na pessoa e em suas expectativas. (SILVEIRA et al., 2013).

O cuidado objetivo busca apreender as necessidades de saúde para além do corpo, procura reconhecer os múltiplos sentidos e significados em que estas necessidades podem interferir. Desta forma, as respostas buscadas pelo ser cuidado podem configurar outras demandas pelos serviços, rompendo, assim, com os ideais de cura e de saúde. (SILVEIRA et al., 2013).

Nesse sentido, para o cuidar humano sensível, ético e estético, o enfermeiro busca a sustentação no alicerce da profissão, na criticidade do saber-fazer, nos referenciais teórico-filosóficos e nas teorias da Enfermagem. (NÓBREGA; SILVA, 2009; WALDOW, 2015).

O cuidado de enfermagem implica um ato de consciência, querer cuidar da pessoa, desenvolver autoconhecimento, reconhecer a si mesmo em todos os processos de transformação e troca, compreende a experiência total pelo outro, acompanha suas mudanças, sentimentos com capacidade humilde, amorosa e de escuta. (RODRIGUEZ et al., 2017).

Portanto, o cuidado profissional de enfermagem corresponde ao alicerce da profissão, sendo atingido por ações de cuidado e orientações sustentadas em saberes estruturados e humanísticos. (HERNANDEZ et al., 2011). O desafio está em constituir esta profissão para atuar em diferentes culturas e visões de mundo, de forma criativa e sensível, focando nas necessidades abstratas ou concretas para

atender a pessoa e a comunidade em suas formas de viver e de morrer dentro de um cosmos. (WATSON, 2012).

Para Jean Watson, o cuidado de enfermagem pode ser entendido como a capacidade do ser que cuida em aceitar a expressão de sentimentos da pessoa cuidada, experimentá-los como se fossem próprios, implica a escuta intencional, olhar atento, comunicação efetiva. Esse cuidado ainda se refere a enfermeiros que se reinventam para restaurar a sua arte de cuidar com uma visão integral de mente-corpo-espírito que constitui a base da ação. (WATSON; SITZMAN, 2017).

O pensamento de Watson pondera questões subjetivas da pessoa, e neste contexto que orienta a concepção do cuidado sensível, relação criativa, tanto o ser que cuida como o ser cuidado, afloram seu ser autêntico, suas crenças e valores em um processo espiritual transcendente. (RODRIGUEZ et al., 2017).

Entende-se, desta maneira, que o cuidado pode ser produtivo, demonstrado e desenvolvido de modo transpessoal, cuja percepção vai além da dimensão biológica, material, sendo capaz de transcender o tempo, o espaço e o corpo físico. (WATSON, 2012).

Logo, uma relação de cuidado transpessoal significa uma união com a outra pessoa, elevando a consideração pelo todo do outro e pelo seu estar-no-mundo. (WATSON, 2008). Esta relação acontece no momento do cuidado quando enfermeira e cliente se juntam com suas histórias de vida únicas em um campo fenomenológico próprio, unem-se em um mesmo ponto focal, em um mesmo espaço e tempo e ambos compartilham, modificam sua história de maneira longa, profunda, estando sintonizados de corpo e alma na relação de cuidado. (WATSON, 2002).

O momento do cuidado pode ser uma ação guiada pela intencionalidade e a consciência plena de estar totalmente presente, aberto a outra pessoa, demonstrando compaixão para além do próprio ego. (WATSON; SITZMAN, 2013). O momento é transpessoal quando a enfermeira é capaz de ver e identificar a pessoa que recebe o cuidado. (AZNAR, 2016).

Admite-se, assim, que o corpo humano é um sistema de energia e que, no ato de cuidar, se desenvolve um campo de cuidado em que os profissionais são os observadores responsáveis pela evocação de possibilidades de recuperação da saúde, por meio da atenção consciente e da intencionalidade. (BORGES; SANTOS, 2013). E é neste momento de cuidar que a Enfermagem está totalmente presente,

aberta a outra pessoa, mostrando compaixão para além do próprio ego. (WATSON, 2002; AZNAR, 2016).

Com base nesta filosofia de cuidar, que inexistente sem a presença do outro, que é entendido como sagrado, torna-se importante refletir sobre os desafios do cuidado à criança que, em consonância com as políticas públicas de saúde e de humanização, deve ser protegida e preservada em toda unicidade do seu ser e em seu contexto próprio. (FAVERO, 2009; BRASIL, 2016a).

Além disso, em conformidade com as propostas governamentais e com a evolução dos espaços de cuidados pelas necessidades sociais e econômicas, o domicílio passa a ser um local de cuidado. (BRASIL, 2016b).

Esta forma oferece assistência ou restabelecimento da saúde, providencia auxílio e acompanhamento terapêutico visando ao desenvolvimento dos níveis de atenção à saúde, além de integrar ações que ocorrem no contexto domiciliar com os serviços de saúde, promoção de tratamento humanizado, redução no tempo de permanência hospitalar, acréscimo e satisfação dos pacientes e familiares. (JOAQUIM et al., 2016). Permite ainda à equipe acesso próximo às reais condições dos pacientes e familiares, desafiando o profissional a ser criativo, flexível e dinâmico. (CARVALHAIS, SOUZA, 2013; LACERDA, 2015).

O desenvolvimento de uma proposta de atenção à saúde para Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) e seus familiares no domicílio justifica-se pelo número crescente de crianças com essa condição crônica em todo o mundo e pelas demandas específicas para esta população. (ALVES et al., 2014).

*Children with special health care needs* (CSHCN) foram caracterizadas em 1998 como crianças que apresentam alto risco de desenvolver patologias ou que já dispõem de doenças crônicas, físicas, de desenvolvimento, comportamental ou emocional e que precisam dos serviços de saúde além daqueles exigidos pela população infantil. (McPHERSON et al., 1998). Posteriormente, no Brasil a terminologia foi traduzida e entendida, como CRIANES, e assim definidas como clinicamente frágeis, herdeiros de tecnologias de cuidado neonatal e pediátrico. (CABRAL; MORAES; SANTOS, 2003).

Entretanto, um estudo realizado por Neves, Arrué e Silveira (2013) demonstrou que no Brasil não há estimativas oficiais de quantas crianças apresentam necessidades especiais de saúde, nem instrumentos padronizados com



o objetivo de distingui-las da população em geral. (NEVES; ARRUÉ; SILVEIRA, 2013).

Outro estudo idealizado por Mariani, Duarte e Manzo (2016) no Brasil, com o objetivo de identificar o perfil sociodemográfico e clínico de crianças e adolescentes atendidos por um SAD, identificou a população como CRIANES e mostrou que 61,9% das crianças atendidas eram do sexo masculino; 59,5% eram menores de 6 anos; e 40% tinham diagnóstico de agravos neurológicos. (MARIANI; DUARTE; MANZO, 2016).

Internacionalmente foi identificado que as CRIANES ou CSHCN são uma população importante para os prestadores de serviços educacionais e de saúde, e as informações precisas de prevalência e características destas crianças e famílias são necessárias para informar, realizar planejamento de cuidados, porém, assim como no Brasil, em outros locais do mundo estes dados também são escassos. (GOLDFELD et al., 2012).

Os mesmos autores citados acima conduziram uma pesquisa que identificou o perfil demográfico e encontraram na Austrália uma proporção maior de CRIANES entre os meninos, em comunidades de baixo nível socioeconômico e em crianças indígenas, cujas residências se localizavam em ambientes remotos, dificultando ainda mais o acesso aos serviços de saúde. Estes achados podem ser considerados essenciais no desenvolvimento de políticas públicas. (GOLDFELD et al., 2012).

Boudreau et al. (2014) apontam que as CRIANES são suscetíveis a desigualdades na saúde e no acesso aos cuidados por demandarem assistência especializada a longo prazo, e assim estes infantes, quando comparados à população pediátrica, no geral, têm taxas mais elevadas de necessidades de cuidados insatisfeitas. (BOUDREAU et al., 2014).

Consequentemente, tanto no Brasil como em outros países, os profissionais da saúde precisam interceder saberes para o cuidado desta clientela, mas isso é uma tarefa complexa, pois se deparam com políticas públicas ineficazes para essa demanda. (SILVEIRA; NEVES, 2011; KUO et al., 2014; RAMOS et al., 2015).

Ainda, no que tange à inclusão da criança no CD, observa-se lacuna na prática e na pesquisa da enfermagem domiciliar e pediátrica para este grupo populacional com necessidades de saúde específicas. (LEÃO et al., 2014).

Destarte, para que o CD de enfermagem, especificamente à criança, seja efetivo, ele deve ser considerado uma prática profissional que vai além da dimensão

objetiva e inclua concepções, crenças, respeito à espiritualidade do ser cuidado e considere os valores das famílias para que, dessa forma, aconteçam o encontro transpessoal, a transcendência e a reconstituição (*healing*) entre os envolvidos. (SANTOS, 2012; GOMES et. al., 2013).

Em razão disso, para que o enfermeiro consiga visualizar a criança e sua família em ambiente domiciliar em todas as suas dimensões, atendendo suas necessidades, acredita-se que a utilização de um modelo de cuidado possa favorecer um cuidado diferenciado, específico e, em paralelo, impulsionar o próprio desenvolvimento da enfermagem.

Um modelo de cuidado pode ser definido como um conjunto teórico, formado pelos quatro conceitos básicos da enfermagem: enfermagem, saúde, ambiente e ser humano, e outros que se fizerem necessários ao seu entendimento, além de envolver referenciais teóricos e filosóficos com o objetivo de descrever a forma como o cuidado será realizado na prática de enfermagem, por meio da sistematização das ações. (ROCHA; PRADO, 2008; FAVERO, 2013). Pode-se referir ainda a uma estrutura teórica que relaciona conceitos, pressupostos e uma metodologia do cuidado, representada por um diagrama. (WALL, 2008).

Aplicar um modelo de cuidado é uma forma de ação, uma maneira de fazer e realizar o cuidado. (ROCHA; PRADO, 2008; WALL, 2008). Ter uma estratégia definida auxilia todos os profissionais de saúde a trabalhar na mesma direção, com um objetivo comum, podendo ser capazes de avaliar esse cuidado de forma homogênea e concordada. (EMOTO; TSUTSUI; KAWANA, 2015).

Diante da minha experiência como enfermeira coordenadora de assistência em Atenção Primária e após em unidade hospitalar pediátrica, reconheço a importância da existência e do planejamento do cuidado às CRIANES pautada em conhecimento científico, bem solidificadas no cotidiano do cuidado.

E assim, o MCTED, que esta pesquisa aplicou, é fundamentado teórica e filosoficamente na Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, envolve a utilização dos elementos do *Processo Clinical Caritas* (PCC), pressupostos humanistas próprios embasados na atenção domiciliar à saúde e é operacionalizado pelas fases de ação, denominadas de Contato Inicial, Aproximação, Encontro Transpessoal e Separação. (FAVERO, 2013). Apresenta os conceitos dos quatro metaparadigmas da Enfermagem - saúde, ambiente, enfermagem e ser humano - além de incluir

conceitos de CD, contexto domiciliar, família e cuidador e, desse modo, está direcionado para a Enfermagem Domiciliar. (FAVERO, 2013).

Destarte, acredita-se que a aplicação do MCTED possa colaborar com os profissionais da enfermagem que atuam no CD na apropriação do referencial para sua prática diária, além de instrumentalizá-los para o cuidado humano com o potencial de romper as barreiras físicas e patológicas, proporcionar maior segurança para a realização de procedimentos, envolver os demais membros da família, conhecer a estrutura familiar e, desse modo, identificar suas reais demandas para um possível cuidado de enfermagem transpessoal à criança e à sua família.

Desta forma, este estudo tem como questão norteadora de que modo o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar contribui para o cuidado das crianças com necessidades especiais de saúde e às suas famílias?

### 1.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a contribuição do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar no cuidado às crianças com necessidades especiais de saúde e a suas famílias.

### 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar às crianças com necessidades especiais de saúde e a suas famílias; e
- Identificar como o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar atende as necessidades de cuidado das crianças com necessidades especiais de saúde e suas famílias.

## 2 REVENDO A LITERATURA

Com o intuito de fazer uma aproximação com o objeto do estudo e com a finalidade de conduzir-me para a primeira etapa do método pesquisa-cuidado, foi imprescindível a busca de literatura acerca dos conceitos envolvidos.

Nesse sentido, esta revisão de literatura foi organizada em seis itens, assim denominados: o cuidar, o cuidado informal e a prestação de cuidados, o cuidar de enfermagem, o CD, o cuidado à criança no contexto domiciliar e o modelo de cuidado em enfermagem.

### 2.1 O CUIDAR

Entende-se que cuidar é uma prática milenar, universal e identificada ao longo dos tempos em diversas culturas, assim, torna-se necessário cuidar da vida para que ela possa permanecer e acontecer. (PEREIRA, 2008).

Assim, o cuidado existe desde que há vida humana na terra e é por seu meio que a vida se mantém ao longo do tempo. No início das civilizações, o homem, além de curar ferimentos, cuidava do território, das mulheres, das crianças, dos idosos e dos seus pertences, buscava manter a ordem social do grupo e assegurar os suprimentos por meio da caça. (NASCIMENTO et al., 2006). As mulheres, por sua vez, eram responsáveis pelo cuidado para manter a vida humana, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de problemas e de cura. (BECERRIL et al., 2010).

Collière (1999, p. 29) refere que o cuidar é “manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à mesma, mas que são diversificadas na sua manifestação” e “velar, cuidar e tomar conta representa um conjunto de atos que têm por finalidade manter a vida dos seres vivos com o objetivo de permitir a reprodução e perpetuar a vida do grupo”.

Watson (2002, p. 96) considera que o cuidar se baseia “em tentativas transpessoais de humano-para-humano para proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência”.

Cuidar é um ato de vida por conceber uma variedade imensa de atividades dirigidas a alimentar e conservar a mesma, é um ato de reciprocidade que se dá a

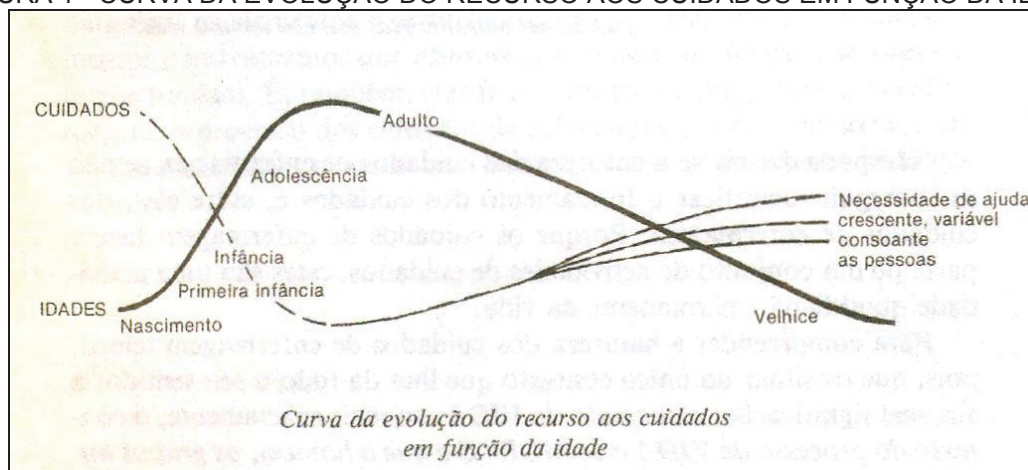
qualquer pessoa, temporária ou definitivamente. É o cuidado e não a cura que as pessoas valorizam consciente ou inconscientemente. (ROSELLÓ, 2009; HERNANDEZ et al., 2011).

Waldow (2015) define o cuidado como uma ação interativa que envolve o ser que cuida e o ser cuidado por meio de fenômenos do tipo existencial, relacional e contextual. Existencial porque está intrínseco ao ser e o diferencia como um ser “humano” dotado de racionalidade, cognição, intuição, espiritualidade, sensibilidade e sentimentos. Relacional porque acontece e só acontece em relação ao outro, na coexistência com outros seres. E contextual porque adota variações, intensidades e diferenças nas suas maneiras e expressões de cuidar conforme o contexto em que se envolve a cada circunstância. (WALDOW, 2015).

O ato de cuidar é um fenômeno universal e, apesar de assumir formas de expressão distintas entre culturas, é possível identificar algumas ideias associadas à noção de cuidado como a empatia, a compaixão, o alívio, a presença, o compromisso, o suporte, a confiança, o estímulo, a restauração, a proteção e o contato físico e espiritual. (LOUREIRO, 2009). Sendo assim, tem-se a compreensão de que o ser humano tem necessidade de se cuidar, necessidade de ser cuidado e de cuidar. Portanto, cada pessoa cuida de si mesma e de quem depende dela, como crianças, idosos, enfermos e incapacitados. (BECERRIL et al., 2010).

A FIGURA 1 foi extraída do livro “Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem”, de Collière (1999, p. 236), e mostra a evolução dos recursos de cuidado ao longo do ciclo de vida.

FIGURA 1 - CURVA DA EVOLUÇÃO DO RECURSO AOS CUIDADOS EM FUNÇÃO DA IDADE



FONTE: COLLIÈRE (1999, p. 236).

Da análise da FIGURA 1, depreende-se que a necessidade de cuidados está aumentada no início e no final do ciclo vital. Somado a isto, Collière (1999) identifica dois tipos de cuidados: os cuidados cotidianos e habituais (*care*) e os cuidados de reparação (*cure*). A primeira situação é tomar conta, cuidar e representa um conjunto de atividades que asseguram a continuidade da vida, ou seja, a satisfação das necessidades humanas básicas, como beber, comer, evacuar, lavar-se, levantar-se, mexer, deslocar-se, bem como tudo o que é indispensável para o desenvolvimento da vida, como a relação com as pessoas conhecidas e com objetos familiares. (COLLIÈRE, 1999).

Na segunda situação, *cure* é sinônimo de curar, tratar tirando o mal. Os cuidados de reparação são prestados quando é preciso tratar uma doença, referem-se à continuidade da vida quando ela se depara com obstáculos. (COLLIÈRE, 1999). Quando uma pessoa nasce ou inicia um processo degenerativo ou de doença, o seu padrão de funcionamento normal sofre alterações, emergem a incapacidade para o autocuidado e, conseqüentemente, a necessidade de apoio e ajuda por parte de alguém próximo (familiar, amigo ou vizinho), surgindo, assim, o cuidado informal. (PEREIRA, 2008).

## 2.2 O CUIDADO FAMILIAR E A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Ao recorrermos à literatura (BEUSEKOM et al., 2016; PEÑA-IBÁÑEZ; ALVAREZ-RAMIREZ; MELERO-MARTÍN, 2016; SUSARTE, 2015), podemos verificar que os termos “prestador de cuidados informais”, “cuidador informal” e “cuidador familiar” assumem o mesmo significado na medida em que são agentes ativos na prestação de cuidados informais.

Deste modo, neste estudo será utilizada a terminologia cuidado familiar, que pode ser entendida como interações entre um membro da família e/ou amigo e/ou vizinho na ajuda, de maneira regular, não remunerada, para desenvolver atividades para viver com dignidade. (SUSARTE, 2015).

As atenções e o cuidado que os pais têm com os filhos, as preocupações que uma pessoa pode experimentar por alguém amigo, ou o cuidado prestado a um progenitor, são denominados de cuidado informal genéricos. (MARTINS, 2014).

O cuidado familiar é executado habitualmente por elementos da rede social da pessoa cuidada e é prestado preferencialmente em contexto domiciliar e na

maioria das vezes envolve elementos da família. Os amigos e vizinhos assumem a responsabilidade de cuidadores informais em raras situações, por exemplo, quando os familiares estão ausentes ou incapazes de assumir esse papel. (PEREIRA, 2013). A identidade do cuidador resulta da sua história pessoal, familiar, com base em contextos sociais e culturais, identificados, na maioria das vezes, por mulheres. (SEQUEIRA, 2010).

Alguns autores têm estudado a influência do gênero na natureza do cuidar, a divisão do trabalho com base no sexo, atribuindo às mulheres uma série de papéis e normas que lhes conferem o perfil de cuidadoras. (LEMOS, 2012; VICHIS; GUTIÉRREZ; HERNANDEZ, 2015).

No contexto familiar, a mulher sempre teve um papel de extrema influência. (VICHIS; GUTIÉRREZ; HERNANDEZ, 2015). Culturalmente, elas têm assumido as funções de cuidar, nomeadamente nas ações da casa e dos filhos. Apesar de o paradigma estar em mudança e contemporaneamente o homem também assumir um papel cada vez mais significativo no desenvolvimento das atividades relacionadas com a família, a mulher continua a ter destaque nas atividades relativas ao cuidar. (SUSARTE, 2015; VICHIS; GUTIÉRREZ; HERNANDEZ, 2015).

No Brasil e em alguns outros países como Chile, Peru e México, o cuidado familiar é muito presente. (SUSARTE, 2015). Na cultura brasileira, especificamente, a mulher é a cuidadora informal principal na grande maioria das vezes e isto também está relacionado à falta de apoio da sociedade capitalista brasileira e à dificuldade da mulher em realizar trabalhos remunerados, quando há algum familiar doente no seu domicílio. Assume então a função de cuidar, muitas vezes, sem compartilhar com os outros membros da família como o pai, os irmãos etc. (WEGNER; PEDRO, 2010).

Dentro das atividades desenvolvidas e da prestação de cuidados que o cuidador familiar assume, é necessário esclarecer as diferenças entre cuidado principal/primário, secundário e terciário.

A comunidade científica sugere a definição para o cuidador primário como aquele ao qual é conferida a responsabilidade do cuidar, cabendo-lhe supervisionar, orientar, acompanhar e cuidar do indivíduo dependente, executando, assim, a maior parte das intervenções. (SEQUEIRA, 2010). Os cuidadores secundários apenas prestam o cuidado de forma regular e esporádica, dando apoio emocional e psicológico ao principal. E, por último, os cuidadores terciários assumem este papel



apenas em uma situação de emergência, não assumindo responsabilidades. (SEQUEIRA, 2010; NERI; CARVALHO, 2002).

No que se refere a CRIANES, a prestação dos cuidados familiares está direcionada, na maioria das vezes, para a mãe, como a cuidadora primária. (FIGUEIREDO; SOUSA; GOMES, 2016).

As motivações que induzem o início e a continuidade da prestação de cuidados são diversas, uma delas é a percepção de dever filial, que prevalece mesmo com a ausência de ligação ou de afeição entre pais e filhos, outra é a pressão social exercida sobre as mulheres que, segundo o modelo tradicional de família, são elas que devem cuidar. (MARTINS, 2014; GIRARDON-PERLINI; FAGUNDES; IENERICH, 2011).

Os autores salientam ainda que há outras motivações para o início e continuidade da prestação de cuidados, tais como: dever moral, dever conjugal, dever religioso, dever de troca, coabitação de longa data, proximidade geográfica e inexistência de estruturas em outros locais. (MARTINS, 2014; GIRARDON-PERLINI; FAGUNDES; IENERICH, 2011).

Seguindo as definições apresentadas até o momento, e considerando que o cuidado é um ato participativo, numa relação que se desenvolve entre o ser que cuida e o ser cuidado, no tópico a seguir, será apresentado o cuidar como o alicerce da Enfermagem.

## 2.3 O CUIDAR DE ENFERMAGEM

Desde seus primórdios, a Enfermagem vivenciou três momentos marcantes em sua evolução, distinguidas como fases empírica, evolutiva e de aprimoramento, partindo de práticas muito simples e baseadas em experiências leigas, alcançando maior aprimoramento com Florence Nightingale no século XIX. (McEWEN; WILLS, 2014).

Nesta época, a Enfermagem começou a trilhar um novo caminho, realizado em uma visão holística do ser que considerava a influência do ambiente no comportamento humano. (NASCIMENTO et al., 2006).

Ao longo dos anos, foi influenciada por diferentes contextos, socioeconômicos e políticos, sendo exercida por diversos agentes como mulheres, escravos e religiosos, o que contribuiu para a formulação da imagem e representação social da



profissão como hoje é entendida. (McEWEN; WILLS, 2014; HOEVE; JANSEN; ROODBOL, 2014; BELLAGUARDA et al., 2016).

O modelo nightingeliano se espalhou pelo mundo e influencia até hoje a enfermagem. (McEWEN; WILLS, 2014). Após Florence, já em meados do século XX, surgiram e se consolidaram mundialmente referenciais que afirmavam ser o cuidado a essência da profissão (NASCIMENTO et al., 2006), entre estes Watson, que destacou “o eixo central da Enfermagem é o exercício do cuidar”. (WATSON, 1979, p. 8-9).

Entretanto, o avanço tecnológico no século XX direcionou a enfermagem para uma perspectiva paradigmática biomédica, na qual a ênfase foi dada aos aspectos técnicos e à cura de doenças, assim, fez com que o aperto de mão, o desvelo, o apoio, ou até mesmo o olhar carinhoso e amigo fossem relevados pelo uso da tecnologia. (AUSSEHOFFER et al., 2013; PINHEIRO, 2012; SALVADOR et. al., 2016).

Na atualidade, ocorre a busca em resgatar os sentidos do cuidar, almejando-se pensar e exercer de forma contextualizada, ancorado em condições objetivas, subjetivas de quem cuida e de quem é cuidado. (WALDOW, 2012).

Portanto, a Enfermagem não se limita apenas ao uso do raciocínio clínico, diagnóstico, prescrição e avaliação, mas também abrange relações entre o profissional e a pessoa cuidada, as maneiras como encontram significado e assimilação de suas histórias de vidas. (SILVEIRA et al., 2013).

O olhar e a visão humanista, multidimensional, podem contribuir para a reorientação do cuidado de Enfermagem na prática cotidiana, de forma a consentir ao enfermeiro procurar novos caminhos que superem as questões biológicas e tecnicistas. (SILVA, 2013).

Por consequência, é identificado que para cuidar profissionalmente do outro é necessário preparo específico, assim, ao mesmo tempo em que os profissionais cuidam de si e de outros, são receptores e transmissores na circularidade processual envolvida entre todos. (BAGGIO; ERDMANN, 2015).

Desta forma, faz-se necessário ainda para o desempenho de sua profissão ter conhecimentos científicos, técnicos e habilidades, fundamentar, teorizar a prática, analisar criticamente suas ações e reconhecer sua importante atuação para realizar um cuidado com enfoque na pessoa e responsivo às necessidades. (MORALES-AGUILAR; PARDO-VÁSQUEZ, 2016).

Portanto, o profissional de Enfermagem deve procurar atender as necessidades de cuidado e proporcionar cuidados integrais, relacionar-se proximamente com o paciente e estabelecer confiança no desenvolvimento da relação e interação. (SCHLUTER; SEATON; CHABOYER, 2011).

Desta maneira, torna-se relevante realizar a categorização e definição das tipologias de cuidado envolvidas na prestação de cuidados: antecipatórios, preventivos, supervisão, instrumentais, protetores, reconstrutivos e o recíproco. (BOWERS, 1987; NOLAN, 1995).

Os cuidados antecipatórios estão relacionados com a antevisão de necessidades futuras da pessoa, podem iniciar-se antes de o apoio ser requerido e implicam uma atividade de preparação mental. Nos cuidados preventivos, procura-se evitar, prevenir ou retardar a doença e suas consequências, havendo modificação de ambientes. (BOWERS, 1987; NOLAN, 1995).

Os cuidados de supervisão implicam ações diretas de resolução de problemas, como estar atento a alterações de saúde, horários da medicação, etc. Os cuidados instrumentais consistem em realizar atividades que a pessoa não consegue executar devido à sua condição de saúde. Os cuidados protetores relacionam-se com a proteção contra as ameaças à autoimagem, à identidade e ao bem-estar emocional do indivíduo dependente. (BOWERS, 1987; NOLAN, 1995).

Os cuidados reconstrutivos e recíprocos constituem os tipos mais amplos de cuidados. O primeiro trabalha para desenvolver papéis novos e de valores, considerado um verdadeiro desafio, em que ocorre essencialmente a construção de relações entre todos os envolvidos. (NOLAN, 1995).

O segundo, designado como cuidado recíproco, é referido como tendo um grau de exigência superior, pois envolve a duração e o momento, é geralmente uma relação implícita e explícita, que advém de um intercâmbio de cuidados entre todos os envolvidos - profissionais, ser cuidado, cuidador informal - podendo não se tornar recíproco, ou seja, não evoluir, e isto pode acontecer quando não ocorre a identificação de necessidades, treinamento de habilidades e apoio emocional. (NOLAN, 1995).

Após a elaboração destes conceitos, vários estudos os adotaram em seus trabalhos, porém a maioria os utilizou em pesquisas com cuidador informal de idosos. (EKWALL; SIVBERG; HALLBERG, 2004; CARDOSO, 2011; MARTINS, 2014; MONTEIRO, 2016). Em 2007, Houtrow e colaboradores identificaram ser

necessária a abordagem dos cuidados preventivos por parte dos serviços de saúde para as CRIANES e seus cuidadores.

Nessa perspectiva, o cuidar em enfermagem desponta na prática como um conjunto de ações, procedimentos, propósitos, eventos e valores que transcendem o tempo da ação. (RAMEZANI et al., 2014). A Enfermagem “promove e restaura o bem-estar físico, psíquico e o social e amplia as possibilidades de viver e prosperar” da pessoa humana. (KREITZER, 2017, p. 2).

Por consequência, a prática do cuidar em enfermagem incide em empregar esforços transpessoais de um ser humano para outro, com desígnio de promover, proteger e preservar a humanidade, auxiliar o ser humano a encontrar significados no sofrimento, na dor, na doença e na existência humana. (RAMEZANI et al., 2014).

Significa ajudar outra pessoa a atingir a reconstituição, controle e conhecimento, quando um sentimento de harmonia interior é renovado, independentemente de fatores externos. (BRAMLEY; MATITI, 2014; KREITZER, 2017). Dessa forma, os enfermeiros devem procurar em sua prática diária, além dos cuidados técnicos e biológicos, a valorização da dimensão existencial do ser, desenvolvendo em si uma atitude humanista. (BRAMLEY; MATITI, 2014).

Assim, uma forma possível de isso ser realizado é por meio do *Clinical Caritas Processes*, que envolve a interação entre ciência e humanismo, organizado como um guia para a prática consciente da Enfermagem (WATSON, 2008), que será explanado no capítulo “Referencial Teórico” desta dissertação.

Após discorrer acerca do cuidar de enfermagem com base na literatura vigente, apresento, nesse momento, o CD, os conceitos e demais termos envolvidos na atenção domiciliar à saúde.

## 2.4 O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO

O cuidado de enfermagem pode ser desenvolvido em diferentes contextos. Na atualidade, a Atenção Domiciliar (AD) tem aumentado sua demanda, ocorrendo aumento da visibilidade dos profissionais que atuam neste local e torna-se uma possibilidade, um espaço a ser utilizado pelo sistema de saúde, caracterizando-se como uma área potencial para o desenvolvimento da prática de Enfermagem.

A literatura apresenta uma série de termos para conceituar a AD; entre eles: assistência domiciliar, atendimento residencial, assistência domiciliária, *home care*,

CD, visita domiciliar (VD), entre outros. (LACERDA, 2010; SANTOS, DE LEON; FUNGHETTO, 2011; OLIVEIRA et al., 2013; AMORIM et al., 2015). Porém, alguns deles têm significados diferentes e outros são sinônimos, o que pode trazer confusão aos profissionais da área da saúde. (GALASSI, 2014).

A AD é o conceito mais abrangente, que envolve o CD, a Internação Domiciliar (ID) e a VD, instrumentos utilizados para a realização e a implementação da AD.

O conceito da AD pode ser compreendido como

Modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. (BRASIL, 2016b, p. 1).

Já o CD é aquele desenvolvido no contexto único do domicílio e tem sido vastamente difundido em todo o Brasil e no mundo. Tem como pilares sustentadores o cliente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador, a equipe multiprofissional e a rede de apoio. (LACERDA et al., 2006; RIERA; QUILES, 2012).

O CD colabora para a solidificação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), pautado no fornecimento de cuidado ampliado e integral centrado na pessoa, enfatiza a autonomia e deve ser responsivo às necessidades de saúde. (LACERDA, 2010; GALASSI et al., 2014). Dimensiona também uma abordagem integral da família e do cliente em seu universo socioeconômico, cultural e deve haver uma visão ética comprometida com o respeito à pessoa humana e com a privacidade dos envolvidos. (LACERDA, 2010; GALASSI et al., 2014).

Essa modalidade de atenção à saúde engloba situações de cuidado contínuas, ocasionadas por um dano agudo ou de longa duração, que envolve ações educativas e a realização de procedimentos que visam a reduzir e ou a prevenir agravos à saúde. (SANTOS; DE LEON; FUNGUETTO, 2011).

Seguindo as definições, a VD e a ID são instrumentos para a execução do CD e se diferenciam pela complexidade das ações clínicas e tempo de permanência no domicílio. Assim, a VD pode ser definida como um contato entre serviço e população, busca identificar riscos e demandas, desenvolver ações de educação e orientação para a saúde. (GALASSI et al., 2014).

A VD também pode se estabelecer como um instrumento potente para a criação de vínculos, possibilita um olhar diferenciado da equipe de saúde para alterações na forma de atuação dos profissionais, com uma melhor resposta às necessidades de saúde. (CUNHA; SÁ, 2013). Ela tem um contato mais próximo com os profissionais de saúde que observam a realidade do cliente em seu domicílio, dentro do contexto domiciliar, tanto relacionado à estrutura física e materiais, como também às relações pessoais intrafamiliares. (LACERDA et al., 2006).

Desse modo, a VD constitui ferramenta estratégica do CD e será utilizada neste estudo como instrumento para aplicar o MCTED, pois permite aos enfermeiros e demais profissionais da equipe de saúde reconhecer o contexto de vida das pessoas para que seu planejamento de cuidado seja coerente com a sua respectiva realidade. (BRITO et al., 2013).

Já a ID pode ser entendida como um conjunto de ações realizadas em domicílio para pessoas com um quadro clínico mais complexo, com necessidade de tecnologia especializada, que necessitam de cuidados que podem ser realizados em casa, desde que assistidas em tempo integral e com equipe determinada para esta atividade. (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013).

A ID tem potencial para operar como um serviço substitutivo à hospitalização, pois tende a aliar integralidade e longitudinalidade ao cuidado incorporado à construção de práticas assistenciais em um *lôcus* de cuidado não institucionalizado, o domicílio. (VILLAS BÔAS, 2014).

Um serviço de CD tem como objetivo proporcionar suporte técnico estrutural à família no regresso do cliente à sua residência. Nesse contexto, o enfermeiro bem como a equipe de saúde tem uma importante função no apoio à família durante o enfrentamento dessa situação. O papel da família incide em auxiliar na reabilitação e ajudar a equipe de saúde a detectar problemas e necessidades. (FAVERO, 2013).

Portanto, a equipe de saúde deve incluir a família no planejamento das atividades de cuidados domiciliares e proporcionar orientações e segurança para o cuidador desempenhar o seu papel. (BRONDANI et al., 2010).

De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), o cuidador é a pessoa da família, ou de instituições especializadas, ou até mesmo da comunidade, que presta cuidados a outra pessoa de qualquer idade que precise de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem

remuneração, zela pela saúde, alimentação, higiene e educação da pessoa assistida. (BRASIL, 2008).

Portanto, para que o CD ocorra na realidade brasileira, faz-se necessária a presença do cuidador informal - conceito já apresentado no capítulo “Cuidado Informal e a prestação de cuidados” - pois apenas uma pequena parcela da população é capaz de arcar com custos financeiros de um serviço particular de CD. (FAVERO, 2013).

E, desta maneira, o cuidador informal se faz necessário para a qualidade da assistência domiciliar, pois sem a presença dele não há CD. Porém, ele deve receber apoio, suporte emocional para enfrentar a situação, bem como deve haver discussões sobre sua sobrecarga de trabalho e sua qualidade de vida. (LACERDA, 2010; LAGO, 2015).

O cuidador informal deve ter conhecimento sobre o plano de cuidados e suas mudanças e, assim, a equipe, além de capacitá-lo para o cuidado, deve oferecer apoio para prevenir desgastes (cuidando do cuidador), orientar sobre as dificuldades que serão enfrentadas no cotidiano e apresentar estratégias para lidar com diferentes situações, como falta de paciência, rotinas repetitivas e até a possibilidade da morte do ser cuidado. (BRASIL, 2012a).

Assim, ao se tratar de cuidador informal, principalmente ao se referir a uma criança em CD na realidade brasileira, estes cuidadores podem ser considerados alicerces para sua execução. (NEVES; SILVEIRA, 2013).

E assim, os desafios de cuidar de uma CRIANES no domicílio perpassam pela necessidade de apreender saberes e práticas que não fazem parte do cotidiano dos familiares cuidadores, além de poderem encontrar dificuldades no acesso aos serviços de saúde para dar continuidade ao tratamento destas crianças. (NEVES; SILVEIRA, 2013).

Os profissionais de saúde, entre eles, os da equipe de enfermagem, necessitam atentar para essa clientela, auxiliar as famílias que, de modo repentino, se veem no papel de cuidadoras de uma criança com necessidade especial de saúde. Nesse sentido, sugere-se o desenvolvimento de uma assistência centrada na família, tendo a educação em saúde como estratégia de empoderamento de familiares cuidadores de CRIANES no domicílio. (NEVES; SILVEIRA, 2013).

Além disso e para a realização de um CD especificamente à criança e sua família, faz-se necessária a utilização de um modelo de cuidado, ancorado em

pressupostos capazes de contemplar a complexidade e as singularidades que este ambiente e a população requerem. (FAVERO, 2013).

Ao dar continuidade à primeira etapa do método pesquisa-cuidado “aproximação com o objeto de estudo” e ao definir os sujeitos desta pesquisa, foi essencial a busca na literatura acerca das crianças neste ambiente domiciliar, tópico que será abordado a seguir.

## 2.5 O CUIDADO À CRIANÇA NO CONTEXTO DOMICILIAR

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos, ou seja, 11 anos, 11 meses e 29 dias, e adolescente aquele entre 12 e 18 anos de idade. (BRASIL, 2012b).

Entretanto, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a demarcação cronológica da criança e da adolescência é estabelecida do nascimento até os 10 anos incompletos para criança e dos 10 aos 19 anos para o adolescente. (WHO, 1986).

Assim, a evolução e os marcos do desenvolvimento infantil são compostos por vários períodos. O período neonatal ocorre após o nascimento e se estende até o 28º dia de vida. (BRASIL, 2002). A primeira infância, segundo Lei 13.257, de 8 de março de 2016 (BRASIL, Estatuto da Criança e do Adolescente, 2016a), que altera a Lei 8069 de 1990, é considerada o período que abrange os primeiros seis anos completos ou 72 meses de vida da criança. Neste estudo, especificamente, foi adotada a definição do ECA, os participantes tinham como características idade inferior a seis anos e todos eram CRIANES. (BRASIL, Estatuto da Criança e do Adolescente, 2016a).

As categorizações dos períodos evolutivos oferecem uma forma de identificar características peculiares em fases etárias específicas das crianças, quando ocorrem mudanças particulares dos estágios de desenvolvimento e, assim, as atividades em saúde devem ser próprias e específicas a cada etapa da criança. (HOCKENBERRY, 2014).

Nos últimos anos, com o advento tecnológico, ocorreu a possibilidade de aumentar a sobrevivência de crianças que, pelas mais variadas causas, tais como malformações congênitas, doenças raras, traumas, prematuridade entre outras,



necessitam de cuidados desenvolvidos pela equipe multiprofissional de saúde e pela sua família. (MORAES; CABRAL, 2012).

As CRIANES podem ser classificadas conforme as cinco principais demandas de saúde que apresentam, sendo estas necessidades de desenvolvimento, de tecnologia, de medicamentos, necessidades habituais modificadas e mistas. (CARDIM; NORTE; MOREIRA, 2013).

No primeiro grupo, estão as crianças que precisam de reabilitação psicomotora e social; no segundo, aquelas dependentes de tecnologia, por exemplo, em uso de traqueostomia, gastrostomia, cateteres totalmente implantados e semi-implantados, entre outros. Na terceira definição, estão as farmacodependentes, como, por exemplo, em uso de antirretrovirais. No quarto segmento, temos as dependentes do cuidar para as atividades básicas de vida diária, ou seja, não são responsivas a atividades básicas presentes em uma criança com desenvolvimento infantil adequado, apresentam dificuldades em se alimentar, higienizar-se e se vestir-se. Na quinta e última classificação, estão as crianças que demandam cuidados em saúde mistos, aquelas que têm duas ou mais das necessidades elencadas anteriormente. (CARDIM; NORTE; MOREIRA, 2013).

As origens sócio-histórico-culturais do cuidado informal mostram que no domicílio o cuidado é predominantemente feminino, realizado especificamente pelas mães que, geralmente, são pessoas constantes na vida dos filhos e responsáveis pelo cuidado das crianças e da família, sendo muitas vezes a cuidadora principal ou até mesmo a única. (SANTOS et al., 2014; DILLON-WALLACE; McDONAGH; FORDHAM, 2016).

No contexto hospitalar, as CRIANES constituem uma população permanente e ocupam leitos hospitalares por tempo prolongado. Precisam de cuidados contínuos, sejam de natureza temporária ou permanente. Dessa forma, cuidar de CRIANES requer conhecimento e preparo dos profissionais de saúde para que a criança tenha tratamento e cuidados adequados. (SILVEIRA; NEVES, 2012; CARDIM; NORTE; MOREIRA, 2013).

Com a estabilidade clínica das CRIANES e a alta hospitalar, ocorre mudança no contexto de cuidado realizado no hospital para o domicílio, o que requer do profissional o desenvolvimento de ações de orientação e de preparo para o familiar cuidador diante desta nova realidade. (RAMOS et al., 2015).



Assim, permite-se que a continuidade do cuidado no âmbito domiciliar dessas crianças seja conduzida pela família e equipe multiprofissional em saúde e, neste contexto, salienta-se a necessidade de os atores envolvidos no processo do cuidar da criança no domicílio estarem preparados para demandas específicas. (NEVES; CABRAL, 2009; SILVEIRA; NEVES, 2011; RAMOS et al., 2015).

O ambiente domiciliar de uma criança pode ser considerado o local mais propício para que ela possa receber cuidados a longo prazo e participar das rotinas e vínculos familiares, exceto nos casos de impossibilidade de haver cuidador, instabilidade física e psicológica, casos de negligência e violência com a criança. (CARTER et al., 2016).

Dessa forma, para que se tenha um planejamento efetivo das atividades com a criança no domicílio, é necessário que a família esteja incluída nos cuidados, visto que ela tem sua rotina modificada diante da realidade da presença do infante com doença crônica em casa, que demanda cuidados especializados. (PINHEIRO, 2012).

A prática da enfermagem no ambiente domiciliar para CRIANES deve ser impulsionada pela crença de que este local, onde ocorrem os cuidados, é importante para todos os envolvidos, e assim o lar deve ser visto como um lugar de transformação e sustentação para que as práticas de cuidado possam ser incorporadas e nutridas em conjunto com a família e os cuidadores (primário, secundário e terciário). (CARTER et al., 2016).

Boudreau et al. (2014) apontam que as CRIANES são suscetíveis a inequidades na saúde e ao acesso aos cuidados por demandarem cuidados especializados a longo prazo, e assim, estes infantes, quando comparados à população pediátrica no geral, têm as taxas mais elevadas de necessidades de cuidados não satisfeitas. (BOUDREAU et al., 2014).

Destarte, a doença na criança pode desencadear modificações de vida, pois ela lida com a dependência de cuidados especializados à saúde, enfrenta alterações do estilo de vida, restrições advindas da patologia, necessidades terapêuticas e possibilidades de hospitalizações recorrentes. Pode ainda ocorrer ruptura significativa no seu processo de crescimento e desenvolvimento. (PINHEIRO, 2012; FERREIRA, 2013).

Assim, o enfermeiro, ao oferecer cuidados humanos essenciais a uma criança, deve procurar satisfazer as demandas próprias da infância, sejam estas necessidades biológicas, sociais, psicoafetivas e/ou espirituais. Perante elas, o

enfermeiro deve intervir de forma humana e equilibrada no contexto domiciliar e, assim, ser e estar com e para a criança. (GOMES et al., 2013).

No domicílio, a criança pode encontrar apoio físico, emocional e social, assim como superar o sentimento e a lembrança dos fatores estressores na hospitalização. (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2010). Para isso, o enfermeiro necessita realizar a escuta ativa dos familiares e oferecer um cuidado genuíno, pela prática permanente do amor e da partilha, sendo capaz de instituir uma verdadeira relação de ajuda e de confiança com a família cuidadora da criança. (MATHIAS, 2007).

A realização do cuidado à criança requer do enfermeiro a utilização de conhecimentos de toda monta para oferecer ao infante bem-estar e conforto. (MATHIAS, 2007). Surge, portanto, um espaço de atuação para o enfermeiro domiciliar, que pode realizar um cuidado transpessoal com a criança. (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2010; GOMES et al., 2013).

O CD à criança é permeado por dificuldades, devido à pouca visibilidade deste grupo infantil junto às políticas públicas, pela fragilidade da rede de saúde e pela não orientação e capacitação da enfermagem para cuidar neste ambiente, e até mesmo, interagir com os familiares e preparar os cuidadores para esta nova vivência. (RAMOS et al., 2015).

Portanto, faz-se necessário estimular o CD centrado na família e considerar todas as particularidades da criança neste contexto, envolver o cuidado desde a transição do hospital para o domicílio até o cuidado da criança no seu cotidiano. (DAVIS et al., 2014). E assim, diminuir a sobrecarga dos familiares cuidadores, contribuir para diminuir a frequência de novas internações, além de proporcionar um cuidado integral e humano ao infante. (GOMES et al., 2013; WELLS et al., 2017).

Com base no exposto, é possível mencionar que, para a realização do CD a CRIANES, faz-se necessária a aplicação de um modelo de cuidado de enfermagem capaz de contemplar a complexidade e a singularidade do cuidado realizado a esta população.

## 2.6 MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

A atuação da enfermagem está ancorada em princípios científicos, que tiveram influência no século XXI, especificamente entre os anos de 1980 e 1990, pelo uso de filosofias, modelos ou teorias voltadas para a prática. Esse momento é

denominado de a Era da Teoria, que se inicia com ênfase no desenvolvimento da enfermagem. (ALLIGOOD, 2006).

Nesta época, em especial, as enfermeiras norte-americanas se organizaram e principiaram discussões sobre as necessidades relativas à profissão. Esse período foi marcado pela busca da identidade própria e fez com que as estudiosas e profissionais da área verificassem a necessidade de conhecimentos específicos e organizados. (TANNURE; GOLÇALVES, 2009).

Fawcett (2005) refere a estrutura teórica do conhecimento da enfermagem em vários níveis de abstração, seguindo de um nível maior para um menor, composta pelos seguintes elementos: metaparadigma, filosofia, modelos conceituais, as grandes teorias, as teorias médias e indicadores empíricos. (FAWCETT, 2005).

Por conseguinte, um metaparadigma é definido como conceitos globais que identificam o fenômeno central de interesse de uma disciplina, bem como as proposições que descrevem esses conceitos e as que estabelecem relação entre eles. (FAWCETT, 2005). Assim, os quatro metaparadigmas da enfermagem são: ambiente, enfermagem, saúde e ser humano. (FAWCETT, 2005).

No que se refere ao segundo componente, a filosofia, Fawcett (2005, p. 1) a define como “afirmações epistemológicas sobre como o fenômeno vem a ser conhecido e afirmações éticas sobre os valores aceitos pelos membros da disciplina”.

As filosofias estabelecem o significado da enfermagem e de seus fenômenos por meio de raciocínio lógico, oferecendo ampla visão geral da disciplina. (ALLIGOOD, 2006). Um exemplo de filosofia da enfermagem é a Teoria do Cuidado Humano, de Jean Watson, que sustenta esta dissertação.

O terceiro componente da estrutura teórica do corpo de conhecimento da enfermagem é o modelo conceitual, que é arquitetado por um conjunto de conceitos (cliente, ambiente, saúde e enfermagem) ou ideias que direcionam para guiar a prática da enfermagem. (NÓBREGA; BARROS, 2001). Para ser sistematizado, necessita de um método, que é o Processo de Enfermagem, que se respalda nos fundamentos do conhecimento científico. (NÓBREGA; BARROS, 2001).

O componente seguinte da estrutura é a teoria. Para Meleis (2012), uma Teoria de Enfermagem pode ser definida como conceitos inter-relacionados, articulados e em comunicação, como um conjunto organizado, lógico e sistemático de afirmações relacionadas a indagações significativas de uma disciplina, ligadas e

compartilhadas em um todo significativo, com a finalidade declarada de explicar ou prever os fatos/eventos. (MELEIS, 2012). Assim, uma teoria é uma relação entre conceitos, que sugere uma direção de como ver os fatos e os eventos. (HICKMAN, 2000, p. 12).

O último elemento que compreende a estrutura do conhecimento da Enfermagem são os indicadores empíricos, definidos como instrumento real uma condição experimental, que são usados para medir conceitos de teorias, considerando as informações obtidas de um indicador empírico como um dado. (FAWCETT, 2005).

Diante disso, os modelos de cuidado de enfermagem também fazem parte da estrutura do conhecimento da disciplina. Assim como as teorias, os modelos de cuidado têm fundamentação filosófica e científica, porém as teorias são mais complexas, mais amplas e mais abstratas, trazem conceitos, proposições e pressupostos, tendo função descritiva e prescritiva. Já os modelos de cuidado são estruturas formadas por conceitos e pressupostos e apresentam uma metodologia para implementar o cuidado realizado. (WALL, 2008).

Ainda nos conceitos que envolvem esta disciplina, temos a Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE), método científico que confere maior autonomia aos enfermeiros e maior segurança aos clientes, além de melhorar a qualidade da assistência prestada. Permite que os profissionais apliquem seus conhecimentos técnicos e humanos na assistência, tendo respaldo teórico, segurança e direcionamento para as atividades realizadas, aumentando a credibilidade e a visibilidade da enfermagem. (TANNURE, PINHEIRO, 2011).

Com o mesmo intuito da SAE, os modelos de cuidado nos auxiliam a perceber que a prática da nossa profissão não é somente uma ordenação de procedimentos mais ou menos constantes, é um procedimento dinâmico, mutável e criativo, processo conhecível, objetivo, programável e decifrável. (CARRARO, 2001).

Para Wall (2008), um modelo de cuidado de enfermagem pode ser definido como

um conjunto teórico formado pelos quatro conceitos centrais da Enfermagem e por pressupostos baseados em teorias, cuja função é guiar o cuidado de Enfermagem por meio da sistematização das ações, representado num diagrama. Entendemos que o modelo de cuidado de Enfermagem tem uma fundamentação filosófica e está sustentado por uma estrutura teórica formada por pressupostos inter-relacionados com os quatro conceitos básicos: Enfermagem, meio ambiente/sociedade, ser humano e saúde/doença. Apresenta uma metodologia de cuidado na qual as ações de

Enfermagem estão apontadas. O modelo de cuidado tem a função de nortear o processo de cuidado de Enfermagem para uma situação de cuidado. Além dos quatro conceitos básicos utilizados na Enfermagem, um modelo de cuidado de Enfermagem também pode trazer outros conceitos que se façam necessários em sua concepção. (WALL, 2008, p. 34-35).

Ainda seguindo as definições propostas pelas estudiosas do assunto no Brasil, temos, segundo Rocha e Prado (2008), que um modelo de cuidado é definido como uma estrutura do conhecimento de Enfermagem formada por um marco referencial (ou um marco teórico), que esclarece as referências teóricas e filosóficas do modelo, e uma metodologia que descreve o método de como o cuidado será realizado na prática da enfermagem. (ROCHA; PRADO, 2008).

Igualmente, os modelos de cuidado são fundamentais para os enfermeiros, de forma a desmistificar a ideia de desarticulação entre teoria e prática. Como enfermeiros, é necessário escolher e decidir qual referencial é apropriado para direcionar pesquisas, ensino, administração e cuidado. (WALL, 2008).

Para Fornari et al. (2016), o profissional enfermeiro, ao aplicar o modelo de cuidado de enfermagem de Carraro, passa pela experiência de conhecer, deixar-se conhecer, reconhecer a situação vivenciada, desenhar o trajeto e selecionar estratégias, além de possibilitar acompanhar a trajetória do cuidado prestado.

Convém notar que a aplicação de componentes teóricos nos cuidados de enfermagem é crucial para o desenvolvimento da disciplina e na evolução da relação entre teoria e prática. Propõe-se para as unidades acadêmicas e profissionais continuar a incorporar o conhecimento disciplinar e, da mesma forma, proporcionar novas estratégias com base em evidências científicas. (MORALES-AGUILAR; PARDO-VÁSQUEZ, 2016).

Dessa forma, a seguir, faço a descrição do referencial teórico que subsidia este estudo, o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar (MCTED), de Favero e Lacerda. (FAVERO, 2013), e a Teoria do Cuidado Humano, de Jean Watson, sendo que ambos fazem parte da primeira etapa do método pesquisa-cuidado “aproximação com o objeto de estudo”.

### 3 BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS PARA CUIDAR

O referencial teórico apresenta

um ou mais ensinamentos formulados a respeito de um assunto específico, e que ao ser construído para fundamentar uma pesquisa, deve estar relacionado a ela bem definido, consistindo em uma base que servirá para sustentar a temática abordada. (BERNARDI, 2011, p. 42).

Assim sendo, neste estudo utilizou-se, como referencial teórico, a Teoria do Cuidado Humano, de Jean Watson, bem como o MCTED, de Favero e Lacerda (FAVERO, 2013), descritos adiante.

#### 3.1 TEORIA DO CUIDADO HUMANO

Margaret Jean Watson nasceu na cidade de West Virginia no ano de 1940. (WATSON, 2008). cursou a graduação em Enfermagem na *Lewis Gale School of nursing, Roanoke, VA*. (1961). Em 1964, foi bacharel em enfermagem pela Universidade do Colorado, onde, em 1966, recebe o título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental. No ano de 1970, concluiu a pós-graduação em Psicologia Clínica e Social e, ainda, pela mesma universidade, em 1973, recebe o título de Ph.D. em Psicologia Educacional. Atualmente é professora emérita de Enfermagem da Universidade do Colorado, fundadora e diretora do *Watson Caring Science Institute*. (WATSON, 2017a).

Toda a sua carreira foi e é dedicada aos fenômenos do cuidado humano e aos sentimentos, emoções e experiências subjetivas internas. Procurou, através de suas publicações, dar voz à sua teoria, credibilidade filosófico-científica e até mesmo espiritual às experiências humanas básicas. (WATSON, 2017b).

Segundo a autora, os conceitos teóricos desenvolvidos surgiram da sua experiência pessoal, profissional, trabalhos de campo realizados em hospitais, fundamentados e combinados com seu cuidado e sua filosofia de vida. (WATSON, 1997).

No entanto, inicialmente, a autora, ao se referir a suas ideias, não tinha intenção de construir uma Teoria de Enfermagem, tanto que, seu primeiro livro, *“Nursing: the philosophy and Science of caring”* (1979), foi considerado um Tratado de Enfermagem, em que buscou trabalhar e definir alguns conceitos da

Enfermagem, incluindo-a como uma disciplina, além de discutir vários componentes para a prática e pesquisa da Enfermagem. (WATSON, 1979).

Em 1985, publica seu segundo livro *“Nursing: human Science and human care, a theory of nursing”*, em que explicitamente utiliza o conceito de transpessoalidade, um grande marco nos seus estudos. Também trabalha, no mesmo livro, filosofia, cuidados, ética, arte e metafísica, como um fenômeno dentro dos cuidados de enfermagem. (WATSON, 1985).

Isso lhe permitiu descrever experiências como sentimentos e vivências transcendentes, que, junto com dimensões transpessoais, forneceram um espaço de criatividade e descoberta para além da superfície fenomenológica, revelando, então, o cuidado humano em profundidade. (WATSON, 1985).

No seu último livro escrito com a Dra. Kathleen Sitzman, *“Caring Science, Mindful Practice: Implementing Watson’s Human Caring Theory”* (2013), ela destaca a importância da prática do *mindfulness* (momento presente) no campo da enfermagem. (WATSON; SITZMAN, 2013).

Watson, com todos os seus estudos e obras publicadas, quer dar importância ao cuidado de "como" e "o que", isto é, por exemplo, se fazemos uma coleta de sangue, uma troca de curativos, vai além do simples procedimento e de questões biológicas, é importante como o fazemos, como olhamos para a pessoa, como falamos e a tocamos. (AZNAR, 2016).

Assim, uma enfermeira que cultiva as competências ontológicas, que embasa a sua relação de cuidado, pratica a amabilidade e a benevolência, “dará e receberá vida” na experiência do momento do cuidado transpessoal. (WATSON et al., 2003).

De acordo Watson (2012, p.70), os momentos de cuidados “pessoais e transpessoais são científicos, profissionais, éticos, estéticos, criativos e únicos” entre os envolvidos (enfermeira e ser cuidado). E além de incluírem conhecimento da enfermagem, envolvem a intencionalidade e a presença para promover o *healing*, por meio de sensações, toque, sons, palavras, movimentos e formas em que é transmitida, refletindo diretamente na condição da pessoa. (WATSON, 2012). Esta relação de cuidado ajuda a restaurar a harmonia e, portanto, os estados saudáveis, e auxilia a “enfermeira e a pessoa a encontrar o significado na experiência”. (WATSON, 2012, p. 70-71).

O cuidado transpessoal ocorre quando duas pessoas (enfermeira e ser cuidado) unificam histórias de vida e campos fenomenológicos e têm a oportunidade



de decidir como será o relacionamento (*being-in-relation*), o que fazer com o momento, e isto permite entrar no campo fenomenológico de vida da pessoa e propagar os limites das capacidades humanas para o campo espiritual. (WATSON, 2012). E assim, o cuidado transpessoal se desenvolve no momento do cuidado, torna-se parte da história, com oportunidades de crescimento recíproco. (WATSON, 2012).

Assim, o cuidado transpessoal depende de vários fatores relacionados à enfermeira: compromisso moral de proteger e melhorar a dignidade humana; respeitar as crenças e o lado espiritual de cada um; ter habilidade de detectar sentimentos e isto pode ocorrer através da presença autêntica, sendo intencional e centrada (*mindfulness*) nas ações, palavras, comportamentos e expressões corporais. (WATSON; SITZAMN, 2013; WATSON; SITZMAN, 2017).

Para a autora, a própria história de vida do ser que cuida e as experiências prévias, cultura em que está inserida, conhecimentos irão auxiliar a criar empatia com os sofrimentos e sentimentos da pessoa cuidada. (WATSON, 2012). E isto levará a um crescimento pessoal e de consciência espiritual para si mesmo e para os outros. (WATSON, 2012).

Assim, a sensação de conexão e a vinculação nos ajudam a reconstituir o sagrado diante da existência diária e das nossas relações, podendo ser entendidas como uma ética global que emerge do amor-reconstituição, denominado de “*Caritas e Communitas*”. (WATSON, 2008).

Em 2008, Watson reedita o seu primeiro livro, que tem o mesmo nome, entretanto, explica com mais detalhes o que eram os fatores de cuidado e de como ficaram ampliados e modificados, passando a ser denominados de elementos do PCC. Nesta mesma obra, além disto, ela dá ênfase à valorização da visão homem-universo, considera que existe um sinergismo e, devido a isto, não podemos ponderá-los separadamente no momento do cuidado. (WATSON, 2008).

Em 2012, reedita o seu livro publicado em 1985, intitulado “*Human caring Science: a theory of nursing*”, afirmando, pela primeira vez, que o entendimento dos seus estudos para o desenvolvimento de uma “Teoria de Enfermagem” até então compreendia suas obras como contribuições para o avanço da disciplina enfermagem. (WATSON, 2012).

Entretanto, não considera como uma teoria verificável, quantificável e testável, mas uma teoria que ajuda o profissional a considerar o ser humano na sua



transcendência, no fenômeno da experiência humana, sendo útil na solução de problemas conceituais e empíricos na enfermagem e nas ciências humanas em geral. (WATSON, 2012).

A fim de clarificar tal entendimento, o QUADRO 1 mostra as perspectivas entre a Ciência do Cuidado Humano e a Ciência Médica Tradicional, com suas respectivas características. (WATSON, 2012).

QUADRO1- DIFERENÇAS ENTRE CIÊNCIA MÉDICA TRADICIONAL E CIÊNCIA DO CUIDADO HUMANO

<b>Ciência Médica Tradicional</b>	<b>Ciência do Cuidado Humano</b>
Normativa	Escolha entre muitas opções
Reducionista	Transpessoal
Mecanicista	Metafísica/ Contexto espiritual
Centrada no método	Centrada no fenômeno
Valores neutros	Valores reconhecidos/ clarificados
Centrada na doença, patologia	Introdução ao aspecto subjetivo, respondendo ao significado da pessoa humana
Ética da ciência	Ética unitária de pertencimento
Mais quantitativa	Mais qualitativa
Absoluta, centrada em leis	Relativa e dinâmica
Visão de ser humano como objeto	Visão de ser humano como sujeito
Experiências objetivas	Experiências intersubjetivas
Atos	Experiências

FONTE: WATSON (2012, p. 14).

Ao analisar esse quadro, são verificadas diferenças entre as duas ciências, mas Watson (2012) afirma não ser uma contraposição entre elas. Os métodos tradicionais empregados das ciências experimentais resultam em atitudes reducionistas no momento de interpretar as situações de vida e de saúde. Por isso, é necessário obter uma visão holística, compreensiva e contextualizada dos fenômenos nos cuidados em saúde. (WATSON, 2012).

Assim, Watson confirma as seguintes visões da enfermagem: visão de ser humano unitário (mente-corpo-espírito); ênfase no mundo subjetivo de cada ser humano; ênfase na profundidade da relação entre os seres humanos e nos momentos de cuidado por meio da Enfermagem; ênfase sobre os cuidados não médicos e do processo das relações humanas, cuidados de enfermagem a indivíduos, famílias e comunidades. (WATSON, 2012).

A relação de cuidado acontece quando ocorre o surgimento de uma relação autêntica entre os seres, o ser que cuida está presente e permite a escolha das melhores ações para o ser cuidado, e esta relação do cuidar, além de contribuir para ambos os envolvidos, apresenta um significado para a experiência. (AZNAR, 2016).

A autora afirma que sua teoria tanto é ciência como arte e busca, na inter-relação de conceitos, uma ciência humana própria da enfermagem, que evolui por meio da relação enfermeira-pessoa e propõe um cuidado terapêutico capaz de transcender o físico-material. Assim, a Teoria do Cuidado Humano está centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais. (WATSON, 2012).

A seguir, apresento os pressupostos relacionados aos valores do cuidado humano na Enfermagem. (WATSON, 2008; WATSON, 2012, p. 42):

- 1- O amor e o carinho são as forças cósmicas mais universais, as mais grandiosas e as mais misteriosas, e compreendem a energia psíquica primordial e universal;
- 2- Muitas vezes, o amor e o carinho são necessidades ignoradas. Embora saibamos que as pessoas precisam umas das outras, muitas vezes não nos comportamos desta forma. Assim, se a nossa humanidade deseja sobreviver e se quisermos envolver-nos para uma comunidade mais amorosa, moral, comunitária e civilizada, precisamos nos tornar mais amorosos para nutrirmos e evoluirmos como uma civilização;
- 3- A enfermagem é uma profissão atenciosa, sua capacidade de sustentar seus ideais, éticas e filosofia de cuidado para as práticas profissionais afeta o desenvolvimento humano da civilização e corresponde à sua missão para com a sociedade. Sustentar uma ideologia ética, atenciosa, afeta o desenvolvimento humano da civilização e determina sua contribuição para a sociedade;
- 4- Para começar, temos que aprender a oferecer amor, perdão, compaixão e misericórdia aos nossos amigos antes que possamos oferecer cuidados autênticos, ternura e dignidade aos outros;
- 5- A enfermagem sempre ocupou uma posição no cuidado humano, com postura atenciosa em relação às pessoas e suas preocupações com o *healing*;
- 6- Cuidados humanos bem informados, comprometidos, éticos e ações competentes são a essência dos valores profissionais da enfermagem. São a fonte mais central e unificadora para manter a aliança com a sociedade e garantir sua sobrevivência;
- 7- O cuidado humano individual ou em grupo recebeu cada vez menos ênfase no sistema de prestação de cuidados de saúde, mas agora deve ser restaurado se os sistemas quiserem sobreviver com responsabilidade, ética e cientificamente na sociedade, e isto também serve para a enfermagem, se ela desejar sobreviver como uma profissão distinta, cumprindo seu mandato social;

8- Os valores dos cuidados de enfermagem foram subestimados. A enfermagem e a sociedade estão hoje em situação crítica para sustentar os ideais de cuidados humanos e uma ideologia atenciosa para uma prática, estão ameaçados pelo aumento das restrições institucionais médicas, tecnológicas, econômicas, burocráticas e gerenciais nesta era pós-moderna. Ao mesmo tempo, houve uma proliferação de técnicas radicais de tratamento e cura, muitas vezes sem considerar os custos da existência humana ou resultados para os indivíduos e o público em geral;

9- A preservação e o avanço do cuidado humano como um empreendimento ético, filosófico, epistêmico e clínico são questões importantes para a enfermagem hoje e no futuro;

10- O cuidado humano pode ser efetivamente demonstrado e praticado apenas interpersonalmente. O processo humano intersubjetivo mantém vivo o senso comum da humanidade, ensina-nos a ser humano ao nos identificar com os outros, pelo que a humanidade de um é refletida no outro. No entanto, a consciência atenciosa pode transcender o tempo, o espaço e a fisicalidade e afetar a consciência em evolução da humanidade em geral. (WATSON, 2011; WATSON, 2012, p. 42);

11- As contribuições sociais, morais, profissionais e científicas da enfermagem para a humanidade e a sociedade estão em seu compromisso de sustentar e promover valores, conhecimento, práticas e ideais de cuidados humanos em teoria, prática, educação e pesquisa. (WATSON, 2012, p.42).

Neste ínterim, temos como âmago da Teoria do Cuidado Humano o cuidado transpessoal, o qual pode ser cumprido mediante utilização dos Elementos do PCC que propiciam sua aplicação na prática. (TONIN et al., 2017).

A palavra *caritas*, de origem latina, significa carinho, cuidar, apreciar, dar atenção especial, amor e, desta maneira, a atenção é considerada preciosa e deve ser cultivada e sustentada. (WATSON, 2008).

O PCC é formado por dez elementos (WATSON, 2005; WATSON, 2008; WATSON, 2012) a saber:

**1- Praticar o amor-gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência de cuidado.**

Descrito como praticar o amor-gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência de cuidado, enfatiza a necessidade de os Enfermeiros irem além do convencional saber e fazer. (WATSON 2008).

Assim, este elemento nos remete à importância de um olhar para dentro de si do próprio profissional, a fim de localizar suas potencialidades e limitações e, assim, agir no domicílio com consciência *caritas*. (GOMES et al., 2013). Ao atuar com essa consciência, o enfermeiro conseguirá realizar um cuidado à criança e à família, pautado pelo amor, em sentido transcendental, como transformação humana, que atinge um significado de saúde global. (COMARU; MONTEIRO, 2008).

Dessa forma, uma consciência de cuidado carrega o centro do nosso coração de altas vibrações de energia e conecta humano-com-humano, coração-com-coração, espírito-com-espírito, de um com o outro. (WATSON, 2009).

Acredita-se que o cuidado à criança solicite o fortalecimento da intersubjetividade entre enfermeiro, criança e seus familiares, permite a estimulação do desenvolvimento, prevenção de agravos e promoção de sua saúde. (GOMES et al., 2013).

Isto posto, o enfermeiro deve compreender que a família e a criança têm seu próprio tempo para progredir ou não nesse encontro transpessoal e precisa ser sensível para respeitar o ritmo dessas pessoas e entender suas especificidades. (COMARU; MONTEIRO, 2008).

**2- Ser autenticamente presente, fortalecendo, sustentando, honrando o profundo sistema de crenças e o mundo de vida subjetivo do ser cuidado.**

Para Watson (2012), o segundo elemento atesta que devemos relevar a importância da existência de crenças e do papel que isso desempenha em nossas vidas, principalmente quando estamos enfrentando momentos de crise e doenças. (WATSON, 2012).

A manutenção da fé e o respeito à crença do outro são elementos essenciais para a conexão entre enfermeiro e ser cuidado. Assim, devem-se transbordar a fé e

a esperança como forma de aumentar capacidades eminentes do ser. (MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006; AZNAR, 2016).

O profissional, ao compreender a criança na perspectiva transpessoal, sistema que vai além das realidades individuais e isoladas, percebe então que o fortalecimento das crenças das famílias no cuidado no domicílio também se faz importante, por sofrer influências pelas necessidades da criança em condição de enfermidade. (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2010).

Em razão disso, é essencial que o enfermeiro demonstre respeito pela sua fé e pela fé do outro, a fim de expandir suas capacidades interiores a todos os envolvidos no cuidado da criança no domicílio. (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2010).

### **3- Cultivar práticas espirituais próprias e do eu transpessoal e ir além do próprio ego.**

Segundo Watson (2009), a primeira maneira de desenvolver a sensibilidade, espiritualidade, deve ser em si mesmo, para assim os outros reconhecerem seus próprios sentimentos. Pessoas que não são sensíveis aos seus próprios sentimentos e espiritualidade podem não ser capazes de permitir que os outros expressem seus sentimentos, reprimindo-os, o que pode levar a uma falta de humanização do cuidado. (WATSON, 2009; WATSON, 2012).

Apenas quando reconhecemos, aceitamos emoções, nos permitimos reconhecer e aceitar o próximo. (WATSON, 2008). Assim, a capacidade de entender e utilizar sensibilidade em si mesmo e nos outros favorece o crescimento pessoal e profissional dos enfermeiros e traz benefícios a todos os envolvidos. (AZNAR, 2016).

No que diz respeito a este elemento, especificamente ao cuidado à criança e seus familiares no domicílio, percebe-se que o equilíbrio e a sensibilidade são alcançados de forma mais adequada para a criança cuidada no domicílio, por não representar apenas um espaço físico qualquer, mas ser o ambiente íntimo para ela e sua família, com sua simbologia própria, abrigo de costumes, segredos, afetos e desafetos, e essas particularidades são significativas tanto para a criança, quanto para família. (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2010; GOMES et al., 2013).

Isto posto, o profissional, família e criança, cada qual na sua vez, podem manifestar abertura e atenção ao espiritual, além do físico. Nessas dimensões

existenciais da vida-morte, o cuidado da alma e do ser que está sendo cuidado pode ser compreendido e considerado durante o trabalho. (GOMES et al., 2013).

#### **4- Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda e de confiança.**

Para desenvolver uma autêntica relação de ajuda e confiança, o profissional deve saber ouvir, como um elemento fundamental da aproximação e interação enfermeira-paciente, ser reflexivo, estar presente em todo o momento. (WATSON, 2008). Assim, para construir esta relação, quatro elementos são fundamentais: congruência (cuidados em consonância com as necessidades do outro), empatia, calor humano e comunicação. (WATSON, 2008).

Por sua vez, o profissional de enfermagem deve desenvolver sua competência na relação de ajuda, estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e a família, auxiliar na descrição da situação vivida e compreender seu significado para conseguir enfrentar possíveis problemas. (WATSON, 2008).

Dessa forma, requer-se da enfermagem uma percepção para além de seus sentidos, sem julgamentos ou preconceitos, o que é imperativo para a criação de vínculo no CD. (GOMES et al., 2013). Despir-se de suas próprias concepções auxilia o entendimento do mundo particular da criança, mostrar-se verdadeiramente comprometido em estar com a família e com a criança, ultrapassar a dimensão biológica, sendo esta uma maneira para que a relação de ajuda e confiança se estabeleça no domicílio. (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2010).

#### **5- Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como uma conexão profunda com o próprio espírito e o da pessoa cuidada.**

Para Watson (2009), os sentimentos modificam os pensamentos e os comportamentos das pessoas, por isso, devem ser considerados pela enfermeira ao realizar os cuidados.

Em se tratando do CD especificamente à criança, este elemento se refere à valorização dos sentimentos, tanto do enfermeiro, quanto da criança e sua família, pois permite perceber-se, sentir-se e pensar em sintonia com os atores envolvidos. (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2010).

Em uma conexão aberta e profunda entre enfermeiro, criança e sua família, em que ambos saem transformados, a manifestação dos sentimentos surge como

consequência, mas, ainda assim, cumpre estimular essa expressão, pois ela é terapêutica e, se for devidamente estimulada, permite acesso a sentimentos, o que propicia um cuidado mais assertivo. Sua sinceridade possibilita ao enfermeiro saber quais são suas reais necessidades. (GOMES et al., 2013).

Mas a expressão de sentimentos pela criança também precisa de mediação para que não haja transferência afetiva demasiada dela para o enfermeiro, importa conseguir uma relação que, no final, tenha alcançado maturidade suficiente, de modo que a afeição possa ser desfeita de forma suave, não abrupta. (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2010).

## **6- Usar criativamente o eu e todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar, engajar-se em práticas artísticas de cuidado reconstituição (*healing*).**

Watson (1999) sustenta que o método científico na resolução de problemas (observação, formulação de hipóteses e conclusões) é necessário para guiar, orientar e analisar o saber da enfermagem. (WATSON, 1999).

Destarte, a enfermagem e a enfermeira *caritas* utilizam o conhecimento de forma criativa, o ser e o fazer integram o processo de cuidar em busca de possibilidades para a solução dos problemas dos clientes, família e comunidade, de forma conjunta. (WATSON, 2007; AZNAR, 2016).

Então o método científico deve se apoiar também nas disciplinas de Filosofia, Ética, Psicologia, de modo a proporcionar conhecimento mais profundo do ser humano, fazendo expandir a ciência da Enfermagem por meio da crítica, consciência e reflexão de valores necessários para desenvolver um modelo prático-reflexivo que envolva a ciência e a arte da Enfermagem. (AZNAR, 2016).

No CD de enfermagem à criança, a criatividade do profissional mostra ser ainda mais necessária, pois o infante é considerado um público fortemente conquistado por recursos lúdicos. (GOMES et al., 2013).

Na elaboração do plano de cuidados, faz-se necessário reconhecer as potencialidades, realidades e limitações que a família tem para cuidar da criança e explorar a sua própria criatividade na colocação de seus cuidados que almejem facilitar a vivência do CD à criança, contribuindo, assim, para a proteção e estimulando o desenvolvimento do infante por meio de ações que não respondem

somente aos aspectos biológicos, mas também às dimensões psicológicas, sociais e espirituais. (GOMES et al., 2013).

## **7- Engajar-se de forma genuína em experiências de ensino- aprendizagem que atendam a pessoa inteira, seus significados, tentando permanecer dentro do referencial do outro.**

Para Watson

Aprender é mais do que receber informações, fatos ou dados. Envolve um significado que está confiado à relação intersubjetiva; a natureza da relação bem como a forma e o contexto do ensino afetam o processo. (WATSON, 2008, p. 125).

Cada pessoa tem capacidades diferentes e uma forma de processar e receber informações. (WATSON, 2008). O processo de ensino e aprendizagem se converte em transpessoal, segundo as capacidades da pessoa, por conseguinte, essa relação vai além de um processo de ensinar e aprender, envolve comportamentos e ações que surgem da experiência. (AZNAR, 2016).

Dessa forma, não é um processo que opera com obediência, submissão, autoridade, mas é relacional, participativo, libertando o ser cuidado e familiares de qualquer relação autoritária. (WATSON, 2008).

Assim, um processo *caritas* de ensino-aprendizagem depende da capacidade da enfermeira em detectar com precisão os sentimentos, pensamentos, preocupações, conhecimento, entendimento e até o humor do outro, pois o processo de cuidar requer sua expressão bem como a abertura e a prontidão para a aprendizagem. (WATSON, 2009).

Diante disso, destaca-se, para a aplicação desse elemento ao cuidado à criança e seus familiares no domicílio, o enfermeiro, que, ao se aproximar da criança cuidada, deve considerar maneiras alternativas de autoconhecimento de suas fragilidades e habilidades, necessita reconhecer o aprendiz para além de uma única oferta de informações, mas como uma possibilidade de troca, que afeta a forma e o contexto do processo de reconstituição de quem cuida e, no fim, sair transformado. (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2010).



**8- Criar um ambiente de reconstituição (*healing*) em todos os níveis (físicos e não físicos), ambiente sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, a beleza, o conforto, a dignidade e a paz sejam potencializados.**

O enfermeiro deve compreender que os fatores externos, ambientais, são capazes de proporcionar um clima de envolvimento e intimidade necessário para o desenvolvimento do cuidado, como conforto, segurança, privacidade, comodidade, ambiente limpo e saudável. (WATSON, 2008).

Deve-se observar também o fato de o ser humano estar em constante conexão com os cosmos e as leis da natureza, portanto, energias que trazem sensação de leveza fazem bem, o ambiente e as energias que dele emanam são importantes coadjuvantes na reconstituição. (MATHIAS, 2007).

Para o CD à criança e seus familiares, especificamente neste elemento *caritas*, o enfermeiro necessita compreender que elementos externos ao meio de reconstituição influenciam o clima adequado para o vínculo e aproximação necessários para o desenvolvimento do cuidado, como bem-estar, confiabilidade, conforto, além de limpeza e salubridade. (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2010).

**9- Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando “o cuidado humano essencial”, que potencializa o alinhamento mente-corpo-espírito, a totalidade e unidade do ser em todos os aspectos do cuidado.**

Este elemento *caritas* deve ser considerado para conseguir um excelente estado de saúde e, para isso, as necessidades de saúde devem estar satisfeitas (DOSSEY, 2016). A enfermagem necessita identificar e antecipar a resolução de necessidades de saúde que julgar importante para o cuidado *healthogenic* (promotor de saúde). (WATSON, 2008).

A enfermeira *caritas* tem a consciência de que ao tocar o corpo do outro não está tocando somente o corpo físico, mas também, em algum nível, sua mente, seu coração e sua alma. Ao realizar os cuidados, ela responde a estas necessidades como um privilégio, uma honra e um ato sagrado. Considerando esse ato, ela conecta-se com o outro e contribui para o próprio fortalecimento e do seu espírito. (WATSON, 2008).

A enfermeira *caritas*, ao oferecer cuidados humanos essenciais a uma criança em CD, deve procurar satisfazer as demandas próprias da infância, sejam estas

necessidades biológicas, sociais, psicoafetivas e/ou espirituais. Para isso, necessita realizar escuta ativa dos familiares, oferecer um cuidado genuíno por meio do amor e da partilha, sendo capaz de constituir uma fidedigna relação de ajuda e de confiança com a família cuidadora da criança. (MATHIAS, 2007).

#### **10- Dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado.**

Este elemento diz respeito às incógnitas da vida. A enfermagem está aberta a milagres, permite que eles possam ter lugar e significados para si e para o outro; entende que algumas sucessões da vida são inexplicáveis, além de acreditar no poder curativo da fé e da esperança, estimula a busca de forças internas para o cuidado e compreende o potencial metafísico e de transcendência. (TONIN et al., 2017).

Portanto, a enfermagem *Caritas* está aberta a acontecimentos em ordem superior, mesmo no meio da ciência moderna e do tratamento concreto, ela está aberta ao mistério de uma ordem mais profunda do universo que se desdobra em um quadro maior do que a mente humana. (WATSON, 2008).

Uma mudança repentina da vida como resultado de um novo diagnóstico, trauma ou circunstância abrupta de morte e vida requer um reexame total da vida. (WATSON, 2008). Então, surgem questões sobre o que é mais importante. “Quais são as prioridades? O que importa quando é preciso parar a vida habitual?”. (WATSON, 2008, p. 192).

Cada ser humano irá responder de forma diferente “dependendo de suas experiências, valores, sistema de crença, percepções, significado da condição, situação, sistemas de suporte, coragem, determinação etc.”, todos dão força para enfrentar a vida e suas vicissitudes de mudança e impermanência. (WATSON, 2008, p. 192).

Entretanto, as incógnitas são reais para os atingidos, pois favorecem os significados espirituais, as crenças culturais, os mitos e as metáforas, o mundo subjetivo das nossas experiências internas de vida e a dos outros permite curas e reconstituição, um fenômeno que, por muitos fatores, nunca é totalmente explicado. (WATSON, 2008; AZNAR, 2016).

No CD à criança, especificamente, este elemento representa relevante oportunidade de fortalecimento dos vínculos e das relações, considerando que se

trata de uma situação na qual, muitas vezes, o estado psicoafetivo da família está abalado e comprometido pela situação de doença e sofrimento da criança. (GOMES et al., 2013).

Reconhecer a vida como milagre, do qual não se têm todas as respostas, propicia ao enfermeiro maior respeito às crenças e à fé dos familiares. Desta forma, disponibilizará uma intervenção alicerçada na oração, na meditação e na participação de líderes ou sacerdotes da religião familiar no processo de cuidar da criança. (GOMES et al., 2013).

Com a efetivação deste elemento do cuidado, a família se sentirá apoiada, encorajada, acompanhada, fortalecida e aliviada em ver sua estrutura reconstruída pela esperança da melhora da criança e pela confiança em suas crenças. (MATHIAS, 2007; GOMES et al., 2013).

O referencial de Jean Watson pode favorecer uma prática profissional do enfermeiro, capaz de promover um cuidado para além da dimensão objetiva, incluindo concepções, crenças e valores das famílias e das crianças, respeitando também a espiritualidade do ser cuidado e do profissional para que aconteça o encontro transpessoal. (GOMES et al., 2013).

### 3.2 NECESSIDADES DE CUIDADO SEGUNDO JEAN WATSON

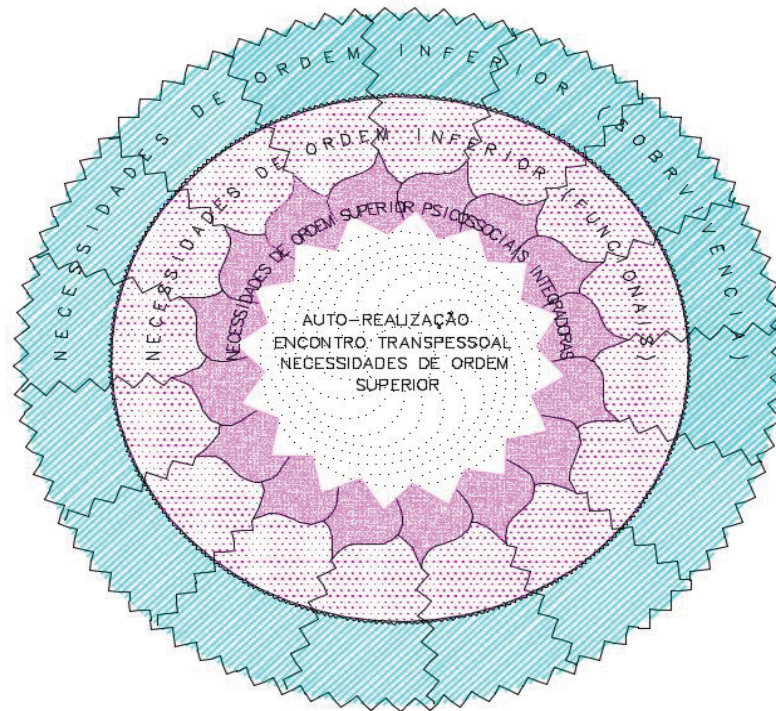
Este item foi construído com o intuito de promover maior aproximação e aprofundamento com objeto de estudo e, assim, perscrutar o referencial teórico desta dissertação.

O termo necessidade pode ser considerado como aquilo que falta, característica ou particularidade do que é essencial ou inevitável. (ABL, Academia Brasileira de Letras, 2016).

Watson explica que, para conseguir um estado de saúde ótimo, é necessário que as necessidades humanas estejam satisfeitas e todas funcionem de maneira interdependente, integradas e em uma perspectiva de cuidado holístico. A enfermagem deve ser capaz de perceber estas necessidades e, inclusive, antecipá-las (WATSON, 2008).

A teórica fundamenta-se em uma hierarquia de necessidades semelhante à de Maslow, entretanto acrescenta e estabelece necessidades de ordem superior e inferior. (WATSON, 1979; WATSON, 2008).

FIGURA 2- NECESSIDADES DE CUIDADO SEGUNDO WATSON



FONTE: A autora (2017), com base em WATSON (1979, p. 110-202); TALENTO (2000, p. 256-7); WATSON (2008, p.149-90).

Na FIGURA 2, podemos verificar diferenciações entre as necessidades de ordem inferior, as necessidades fisiológicas, as que Watson chama de biofísicas e psicofísicas - alimento, líquido, eliminação, ventilação, atividade-inatividade, sexualidade - que seriam as necessidades de sobrevivência e funcionais. Por conseguinte, as de ordem superior seriam as necessidades psicossociais - necessidades de realização e associação - chamadas de integradoras. (WATSON, 1979; WATSON, 2008).

E ainda no que compõe as necessidades de ordem superior, temos as necessidades intrapessoais-interpessoais, que seriam as necessidades de autorrealização, denominadas de necessidades de busca de crescimento (*healing*)". (WATSON, 1979, p. 111).

A forma de identificar as necessidades de modo hierárquico (superior e inferior) não exclui a possibilidade de considerar cada pessoa em seu contexto global. Cada necessidade é vista no contexto de todas as outras, e todas devem ser consideradas importantes. Apenas o preenchimento das necessidades de ordem

inferior pode não auxiliar o ser humano na evolução para o seu crescimento (autor-realização) e *healing*. (WATSON, 1979; WATSON, 2008).

Algumas necessidades são mais conhecidas, concretas e palpáveis em decorrência das formas pelas quais se manifestam, outras são mais abstratas e impalpáveis, mas todas são consideradas igualmente importantes para o atendimento de uma enfermagem de qualidade. (WATSON, 1979). Assim, apesar da consideração hierárquica em “superior e inferior na qual são apresentadas, todas merecem atenção e valorização”. (WATSON, 1979, p. 109-111).

A seguir, será abordado o próximo item do referencial teórico, também considerado o objeto de estudo da presente pesquisa.

### 3.3 MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL EM ENFERMAGEM DOMICILIAR

Com a finalidade e a intencionalidade de operacionalizar o CD, a Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda, orientadora deste trabalho, durante o seu mestrado em enfermagem (LACERDA, 1996), sugere um Processo de Cuidar a fim de clarificar e facilitar a aplicação da Teoria do Cuidado Humano para o cotidiano da enfermagem, em especial o cuidado transpessoal no ambiente domiciliar. Lacerda (1996) compreende o Processo de Cuidar como uma constituição específica de cada situação vivenciada pela enfermeira e pelo receptor do cuidado, assim, é a maneira como a enfermeira realiza seus cuidados e como se coloca nesta ação, como mostra o fazer para aquele com quem realiza. (LACERDA, 1996).

Assim, a autora desenvolve e propõe um Processo de Cuidar composto por quatro fases, de modo que o cuidado transpessoal de enfermagem seja orientado ao receptor do cuidado e à sua família no contexto domiciliar, sendo essas fases denominadas: Contato Inicial, Aproximação, Encontro Transpessoal e Separação. (LACERDA, 1996, p. 33-36). Para melhor compreensão, as fases do referido processo de cuidar serão descritas sequencialmente no QUADRO 2.

QUADRO 2- FASES DO PROCESSO DE CUIDAR DE LACERDA (1996)

<b>Fases do Processo de Cuidar de Lacerda (1996)</b>	<b>Descrição</b>
<b>Contato Inicial</b>	Caracteriza-se pelos primeiros contatos entre enfermeira, cliente e família. A cada novo olhar ou ouvir, novas descobertas acontecem. Neste momento, há um desvelar de ambas as partes, que pode ou não se completar. É neste momento que é considerada a história de vida de cada um. (LACERDA, 1996, p. 33).
<b>Aproximação</b>	A relação já evoluiu, “os sentimentos, palavras, toques, várias formas de comunicação ocorrem, vários temas são abordados e a enfermeira e o cliente movimentam-se para uma união”. Nesta fase, os envolvidos caminham para que suas almas e espíritos se encontrem, sejam compreendidos, considerados. (LACERDA, 1996, p. 34).
<b>Encontro Transpessoal</b>	Ocasão em que enfermeira e cliente transcendem, tornando-se apenas um. “Ocorre uma intersubjetividade entre os dois, uma união, um estar juntos em harmonia e mutualidade”. “A enfermeira, após viver esta experiência de união dos <i>se/ves</i> , sente-se tocada em sua alma, na sua essência como profissional e como pessoa, marcando seu viver de forma atemporal”. (LACERDA, 1996, p. 35).
<b>Separação</b>	Demonstra a maturidade das partes envolvidas (enfermeira, cliente, família), em que as demonstrações subjetivas se modificam e partem regeneradas e enriquecidas com o conhecimento, força e energia para enfrentar a vida. A enfermeira e o cliente se libertam do vínculo estabelecido, pois cada um atingiu seus objetivos. Porém, a Separação pode ocorrer de forma abrupta, sem que tenha ocorrido transformação, seja por recuo do cliente, ou pela necessidade de maior preparo por parte da enfermeira ou do cliente, ou também pela necessidade de suporte de outro profissional. (LACERDA, 1996, p. 36).

FONTE: LACERDA (1996, p. 33 a 36).

O referido Processo de Cuidar de Lacerda, após a sua construção em 1996, foi aplicado por mais três vezes no ano de 2000, 2004 e 2009, com os seguintes títulos e autores: “O cuidado de Enfermagem transpessoal no contexto domiciliar a pacientes neoplásicos e familiares” (SOUZA, 2000); “O cuidado transpessoal de Enfermagem domiciliar ao portador de transtorno mental e sua família: uma contribuição para a reinserção social” (FONSECA, 2004); e “A vivência da enfermeira domiciliar no cuidado transpessoal a familiares de neonato egresso de unidade de terapia intensiva” (FAVERO, 2009).

Posteriormente, em 2013, Dr.<sup>a</sup> Luciane Favero defendeu a tese de doutorado intitulada “Construção de um Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar a partir do processo de cuidar de Lacerda”, em que propõe uma ampliação do Processo de Cuidar, a fim de transformá-lo em um modelo de cuidado. (Premissas teóricas referentes a um modelo de cuidado já foram apresentadas na revisão de literatura).



A construção do MCTED se deu após a avaliação do Processo de Cuidar de Lacerda (1996), mediante aplicação de etapas correspondentes para a criação de um modelo de cuidado presente no Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis (2007, 2012). Desta maneira, foi possível, entre outras ações, descrever componentes estruturais presentes no Processo de Cuidar de Lacerda (1996) e concluir a ausência de pressupostos próprios, pois aqueles apresentados eram advindos de escritos de Jean Watson e já haviam sofrido evolução dentro da Teoria do Cuidado Humano. (FAVERO, 2013).

Portanto, os pressupostos que embasam o atual Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar de Favero e Lacerda são (FAVERO, 2013, p. 145):

- 1 - O cuidado transpessoal acontece durante o momento de cuidado;
- 2- O encontro entre o ser que cuida (enfermeira) e o ser cuidado (cliente) pode evoluir para um encontro transpessoal;
- 3- A aplicação dos elementos do Processo *Clinical Caritas* durante as fases de contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação são capazes de propiciar um cuidado transpessoal;
- 4- Cuidado transpessoal envolve dois ou mais seres unidos em um mesmo propósito, envolvem-se mutuamente e são modificados física, mental e espiritualmente, tanto que passam a viver restaurados e impregnados um do outro;
- 5- As particularidades do ambiente e do contexto domiciliar influenciam o alcance do cuidado transpessoal;
- 6- Conhecimento, empatia, altruísmo, respeito às crenças e individualidades, sensibilidade e desejo genuíno de estar na relação de cuidar são características imprescindíveis da enfermeira que atua no cuidado domiciliar e que pretende aplicar a Teoria do Cuidado Humano;
- 7- A família, em especial o familiar cuidador, é elemento fundamental para a efetividade do cuidado domiciliar e, juntamente com o cliente, constituem a unidade de cuidado da enfermeira;
- 8- Olhar com delicadeza, ouvir com atenção, tocar com carinho, mostrar-se presente e disponível, manter mente e alma abertas a novas experiências, não prejudicar e auxiliar para que o outro seja capaz de encontrar o caminho sem imposições, de modo natural e reconstituidor, respeitar valores, crenças e costumes são formas que propiciam o cuidado transpessoal. (FAVERO, 2013, p. 145).

Nesse sentido, foi proposta uma definição dos conceitos de saúde, ser humano, enfermagem, CD, família, ambiente e contexto domiciliar, levando em conta o contexto em que poderá ser aplicado o referido Modelo, por entender que fazem parte da construção de um modelo de cuidado. (FAVERO, 2013).

Assim, elaborou-se o QUADRO 3 com as definições dos conceitos envolvidos no MCTED.

QUADRO 3- DEFINIÇÕES DOS CONCEITOS ENVOLVIDOS NO MCTED

<b>Conceito</b>	<b>Definição</b>
<b>Saúde</b>	Experiência subjetiva relativa ao físico, psíquico, social, cultural e espiritual do ser humano, em que o contexto, a trajetória de vida e as relações pessoais influenciam a manutenção do bem-estar individual e coletivo. É um processo que permite interação do ser humano com a família, com o ambiente e com a sociedade. A saúde pode ser alcançada a partir do momento em que o <i>healing</i> é estabelecido.
<b>Ser Humano</b>	Pessoa, ou homem, independentemente do sexo. Ser único na sua existência, que sofre, sorri, pensa, constrói, interage consigo, com o outro, com o mundo e com o cosmos, envolto em sentimentos, pensamentos, capaz de modificar o meio no qual está inserido. É mente, é corpo, é espírito.
<b>Enfermagem</b>	Disciplina, ciência, arte e tecnologia. É ser, estar, pensar, fazer, acontecer e transformar. Enfermagem é a profissão do cuidar que acontece mediante relação de cuidado entre o profissional e o cliente, estando em constante evolução e, embora apresente premissas básicas, é singular no momento de cuidado vivido entre aquele que cuida – enfermeira - e o ser cuidado – cliente, capaz de proporcionar restauração, equilíbrio e autonomia para os envolvidos.
<b>Cuidado Domiciliar</b>	Ação desenvolvida por profissionais no trinômio cliente-família-cuidador no contexto domiciliar. Envolve acompanhamento, tratamento, manutenção, recuperação e reabilitação de clientes, por meio de uma equipe multiprofissional, além de proporcionar morte digna àqueles em fase terminal, com interesse, preocupação, apoio, empatia e o envolvimento de diversos tipos de conhecimento, promovendo a participação familiar com respeito às crenças e valores individuais. O cuidado domiciliar pode ser também denominado de atendimento ou assistência domiciliar e envolve as modalidades de visita e internação domiciliar, em que, além da realização de cuidados, a prevenção e a promoção da saúde são objetivadas mediante orientações e ações educativas direcionadas ao cliente, família e cuidador domiciliar.
<b>Cuidadores</b>	Pessoas significantes para o cliente, tais como familiares, vizinhos ou amigos, que têm amplo conhecimento do cliente, dotados de altruísmo, responsabilidade e dedicação. São considerados o componente chave de todo processo de cuidar, capazes de serem o elo entre os profissionais de saúde, o cliente e os demais membros da família. Podem desempenhar atividade voluntária ou remunerada quando se tratar de profissional capacitado, geralmente membro da equipe de saúde.
<b>Família</b>	Um conjunto de pessoas com vínculos afetivos e/ou efetivos que, ao interagir, formam um núcleo de convivência, que é influenciado e determinado pelo ambiente. Constituição social pautada em crenças, valores e normas, estruturada cultural e socialmente, representando, juntamente com o cliente/ser humano e o cuidador, a unidade de cuidado da Enfermagem domiciliar.
<b>Ambiente</b>	Envolve duas perspectivas, uma micro, referindo-se ao domicílio, a um local em que a família vive e se desenvolve tanto física, emocional, mental e espiritualmente, sendo considerado o primeiro espaço de relações sociais e também de conflitos. É um local íntimo, onde se pode encontrar a essência de cada um dos que lá habitam. Espaço único de cuidado e de domínio do cliente. A segunda perspectiva é macro e é definida como o espaço geográfico em que o homem vive com sua família. É considerado um meio interferente, capaz de influenciar as pessoas e ser por elas influenciado. Além disso, é no ambiente que as pessoas se desenvolvem e interagem.
<b>Contexto Domiciliar</b>	Questões sociais, econômicas, culturais e relacionais entre os envolvidos na relação de cuidar. Trata-se de ir além do espaço físico, e sua importância é fundamental para o desenvolvimento do cuidado.

FONTE: FAVERO (2013, p. 146-148).

Desta maneira, o MCTED considera os componentes do Processo de Cuidar de Lacerda (1996) - Contato Inicial, Aproximação, Encontro Transpessoal e Separação - e os pressupostos apresentados pelos referenciais que embasam este



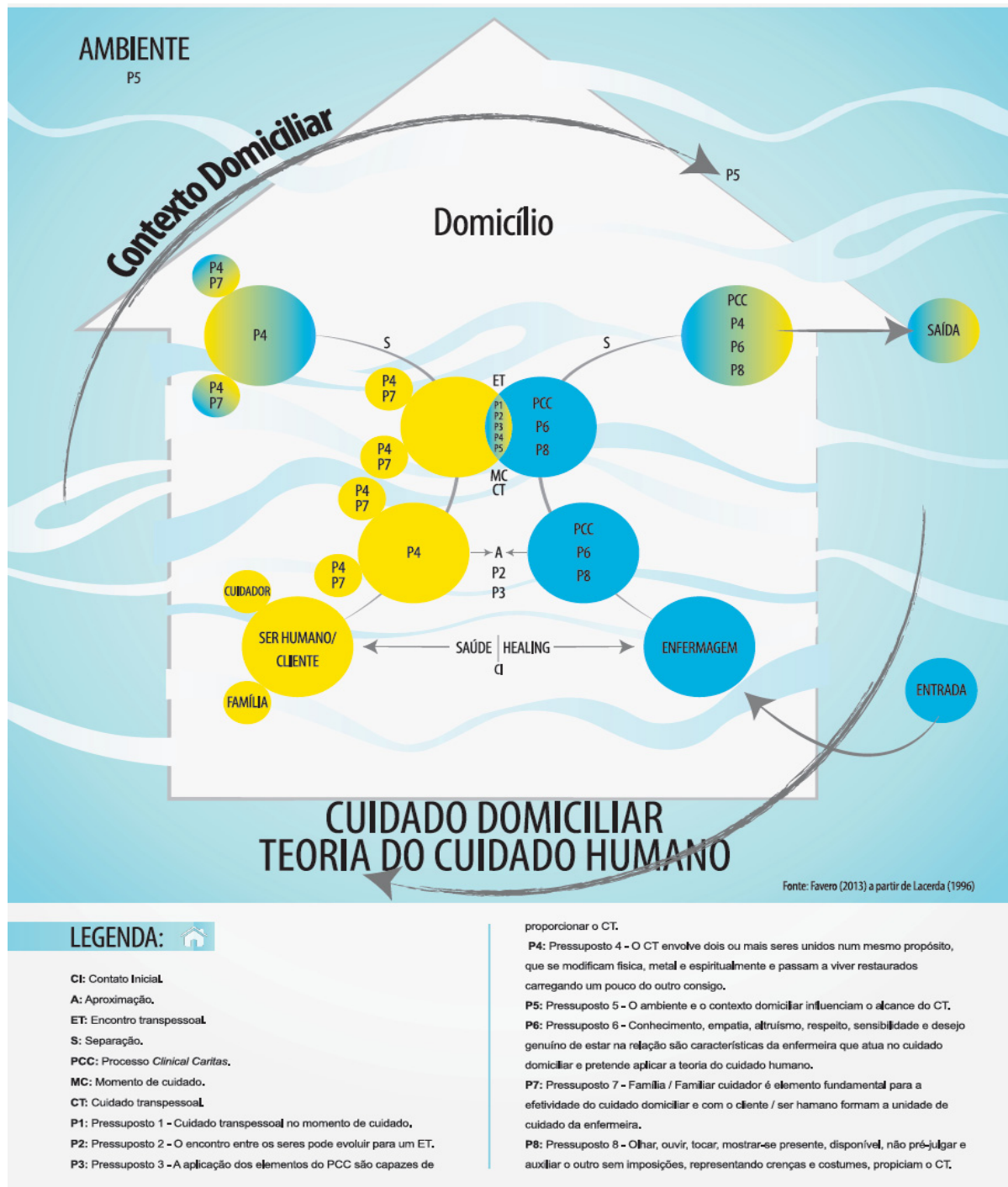
Modelo. Além desses, o MCTED também inclui os conceitos de metaparadigma da Enfermagem - saúde, ser humano, Enfermagem e ambiente - além dos conceitos de CD - cuidado transpessoal, família, contexto domiciliar e cuidador. (FAVERO, 2013).

As autoras do Modelo defendem ainda que o enfermeiro, ao desenvolver o MCTED para cuidar no domicílio, deve ter conhecimento das premissas teóricas do CD e dos preceitos filosóficos da Teoria do Cuidado Humano, suas grandes bases de sustentação. (FAVERO, 2013).

Destarte, o MCTED mostra-se uma ferramenta útil para o ensino de enfermagem, através da aproximação com referenciais teóricos da disciplina; para a pesquisa, pois contribui para a construção de desenvolvimento de novos campos de conhecimento; e para a administração da enfermagem, por permitir a organização do cuidar pela aplicação de um cuidado sistematizado. (FAVERO, 2013; RODRIGUES et al., 2016; MAGALHÃES, PATRIOTA, 2017).

Este Modelo, FIGURA 3, apresenta um diagrama que considera os componentes do Processo de Cuidar de Lacerda (1996) e os pressupostos criados segundo os referenciais que o embasam.

FIGURA 3 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL EM ENFERMAGEM DOMICILIAR



FONTE: FAVERO (2013, p. 150).

Ressalta-se que o referido MCTED já foi aplicado por três vezes em diferentes regiões do país e com diferentes populações, sendo a quarta aplicação com CRIANES (QUADRO 4).

QUADRO 4- APLICAÇÕES DO MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL EM ENFERMAGEM DOMICILIAR

Autores	Local e Ano	Título da pesquisa	Participantes
Jéssica A. P. Rodrigues, Maria R. Lacerda, Luciane Favero, Ingrid M. Gomes, Marineli J. Méier, Marilene L. Wal	Curitiba-PR 2015. Rev Gaúcha Enferm. set;37(3):e58271, 2016.	Modelo de cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar de Favero e Lacerda: relato de caso.	Adulto, em pós Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas
Marta Célia Cunha	Sobral-CE  2015	Cuidado Transpessoal em Enfermagem no domicílio: um modelo de atenção às vítimas de acidente de trânsito. Dissertação de Mestrado	Adultos, pós acidente de trânsito
Natália Frota Goyanna	Sobral-CE 2016	Cuidado de Enfermagem Domiciliar ao idoso: uma abordagem a luz de modelo de cuidado transpessoal. Dissertação de Mestrado	Idosos

FONTE: A autora (2017), com base em RODRIGUES et al. (2016), CUNHA (2015) e GOYANNA (2016).

#### 4 INVESTIGAÇÃO PELO MÉTODO DE PESQUISA-CUIDADO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa<sup>1</sup>, caracterizada como uma pesquisa-cuidado. Os estudos qualitativos possibilitam aos enfermeiros uma formação de percepção a respeito de um problema ou situação, assim como possíveis soluções e compreensão de experiências e preocupações dos participantes. (POLIT; BECK, 2017). Tem flexibilidade, sendo capaz de se ajustar conforme surjam descobertas emergentes no curso da coleta e análise das informações. (SOUSA et al., 2016).

Em uma pesquisa qualitativa, os pesquisadores tendem a ser criativos e intuitivos, capazes de organizar, com base no material coletado, uma compreensão extensa do fenômeno, além de serem importantes pela própria presença na condição de pesquisador e pela capacidade de reflexão do fenômeno estudado durante a coleta. (SOUSA et al., 2016).

Lacerda et al., (2008), apontam que as pesquisas qualitativas por meio da pesquisa-cuidado são investigações próprias da enfermagem, pois o objeto de trabalho da profissão está voltado para o ser humano e, assim, é possível manter ligação de reciprocidade entre profissional e paciente, com resultados que dão subsídios para a prática.

Como consequência, estudos do tipo pesquisa-cuidado buscam a conexão entre método e cuidado, não oferecem ao método o foco central da interação, mas ao participante pesquisado em sua total essência. É um método que contém em si uma dimensão humanista, é um instrumento para ajudar o ser pesquisador e o ser pesquisado a um devir harmonioso. (NEVES; ZAGONEL, 2006).

A pesquisa-cuidado leva o enfermeiro-pesquisador a ter a preocupação de fazer a inter-relação entre conceitos, metodologia e cuidado. Nesse tipo de pesquisa, vinculam-se, a todo o momento, pensamento e ação, pois, ao mesmo tempo, se cuida de uma ideia e de uma pessoa. (ZAGONEL et al., 2016).

Para viabilizar uma pesquisa-cuidado, Neves e Zagonel (2006) e Zagonel et al. (2016) propõem o seguimento de cinco etapas: aproximação com o objeto de estudo; encontro com o ser pesquisado-cuidado; estabelecimento das conexões da

---

<sup>1</sup>Este estudo procurou atender as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966/Consolidated-criteria-for-reporting-qualitative>. Acesso em: 10 jan. 2017.

pesquisa, teoria e prática do cuidado; afastamento do ser pesquisador-cuidador e ser pesquisado-cuidado; e análise do apreendido.

Neste fio condutor de pensamento e em consonância com o objeto de estudo desta pesquisa, adotou-se a pesquisa-cuidado, por acreditar que esta metodologia viabiliza a articulação entre pesquisa, teoria e prática, permitindo que o cuidado transpessoal se desenvolva entre o pesquisador (enfermeiro) e a pessoa cuidada (criança e família).

Com base no exposto, são apresentadas as etapas pertencentes ao método pesquisa-cuidado. Para Zagonel et al. (2016), as etapas percorridas para a efetivação são estabelecidas conforme se processa o encontro e devem compreender:

#### 4.1 APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO

Nessa fase, o pesquisador-cuidador escolhe a metodologia qualitativa e descreve detalhadamente o método de pesquisa-cuidado. Há também uma revisão de literatura em profundidade, planejada, pois oferece segurança ao pesquisador para certificar-se de seus propósitos, bem como possibilita o encontro de lacunas do conhecimento na área e o resgate do referencial teórico. (ZAGONEL et al., 2016).

A aproximação com o objeto deste estudo pela pesquisadora ocorre por aspectos pessoais, profissionais e acadêmicos. São imprescindíveis também os antecedentes descritos neste projeto na revisão de literatura, bem como no referencial teórico apresentado, Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, para auxiliar na fundamentação, delimitação e articulação do objeto e método de estudo, além de oferecer segurança à pesquisadora.

#### 4.2 ENCONTRO COM O SER PESQUISADO-CUIDADO

É a etapa em que são definidos e descritos o local onde se realizará o estudo, os participantes que farão parte, a opção técnica de coleta de informações e o delineamento dos princípios éticos. A pesquisa-cuidado se aplica a qualquer contexto de cuidado de enfermagem e a pacientes com diferentes situações de saúde-doença. (ZAGONEL et al., 2016).

Nesta etapa, inicia-se um contato cauteloso, respeitoso e ético com pacientes, familiares e profissionais de saúde, voltado para sensibilização e conhecimento para efetivação da pesquisa-cuidado. (NEVES; ZAGONEL, 2006).

#### **4.2.1 Local do estudo**

O presente estudo foi conduzido nos domicílios das famílias que pertencem à área de abrangência de um SAD, localizado em um município da região Sul do Brasil.

O Programa Melhor em Casa, lançado no dia 8 de novembro de 2011 pelo Ministério da Saúde, é uma priorização do governo federal para a AD, e está sendo desenvolvido por meio de parcerias entre os estados e municípios por intermédio dos SAD, organizado em três modalidades: AD1, AD2, AD3. (BRASIL, 2012a).

Entre as atividades realizadas na prestação da assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluir equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, por meio de visitas regulares ao domicílio, no mínimo, uma vez por mês, em trabalho compartilhado com o SAD. A atenção domiciliar em nível AD1 destina-se a usuários que tenham problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitem de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde. (BRASIL, 2012a).

Na modalidade AD2, as atividades realizadas são de responsabilidade do SAD, por meio de VD contínuas ao domicílio de, no mínimo, uma vez por semana, sendo o grau de dependência do usuário classificado como intermediário. Dessa forma, os usuários nesta modalidade apresentam, além de dificuldades físicas de locomoção para se dirigir até a unidade de saúde, demandas de cuidados mais complexos, sendo assim, necessitam de maior frequência de cuidado. (BRASIL, 2012a).

Na modalidade AD3, as atividades também são de responsabilidade do SAD, por meio de VD contínuas de, no mínimo, uma vez por semana, exige-se o uso de materiais e equipamentos mais específicos para o cuidado, caracteriza-se o grau de dependência do usuário como complexo, isto é, apresenta impossibilidade física de locomoção para se deslocar até a unidade de saúde e faz uso de algum equipamento específico, como, por exemplo, oxigenoterapia, aspirador, ventilador

mecânico, traqueostomia, gastrostomia, entre outros equipamentos de sobrevivência. (BRASIL, 2012a).

O SAD onde está pesquisa foi desenvolvida conta com dez profissionais - médico, enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de enfermagem, nutricionista e assistente social - que atendem toda a cidade, funcionando durante sete dias da semana. (CURITIBA, [201-]<sup>2</sup>).

O programa tem como objetivo cuidar dos usuários que necessitam de AD, auxiliar na gestão do cuidado; reduzir a demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados; ofertar assistência com humanização da atenção; desinstitucionalizar e ampliar a autonomia dos usuários; e fazer a articulação dos pontos de atenção de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado. (CURITIBA, [201-]).

#### **4.2.2 Participantes do estudo**

Este estudo foi desenvolvido com a população infantil e seus respectivos familiares cuidadores, sendo sustentada na definição de criança indicada pelo ECA. (BRASIL, 2012b). Acredita-se que tanto a criança como o adolescente dependam de cuidados específicos dentro do contexto domiciliar, porém, neste momento, o estudo abrangeu os cuidados domiciliares realizados à criança.

Como critérios de inclusão, foram consideradas crianças com idade entre zero e 12 anos incompletos, independentemente da patologia, e que estivessem recebendo atendimento no SAD em qualquer um dos níveis da modalidade de atendimento (AD1, AD2 e/ou AD3).

No período de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017, havia, no referido serviço, seis crianças com idade inferior a dois anos e, após março de 2017, com a entrada de mais duas crianças, uma de cinco anos e outra com dois anos, o número de infantes subiu para oito. Todas caracterizadas como CRIANES: sete apresentavam cuidados mistos em AD3 e uma apenas classificada como necessidades habituais modificadas em AD1.

---

<sup>2</sup> Conforme Manual de Normalização de Documentos Científicos da Universidade Federal do Paraná (AMADEU et al., 2017, p.95), em documentos que não apresentarem data, deve-se indicar data aproximada entre colchetes, sendo que [201-] indica década certa e [201?] indica década provável.



Entre os cuidadores familiares, foram incluídos aqueles maiores de 18 anos que fossem os responsáveis legais pela criança no SAD.

Assim, participaram deste estudo, todas as oito crianças cadastradas no SAD no período de setembro de 2016 a maio de 2017, que recebiam cuidados do serviço, e 12 familiares cuidadores, neste caso, pais ou mães - todos com idade acima de 18 anos.

#### **4.2.3 Aspectos éticos**

Respeitando os aspectos éticos, conforme preconiza a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012c), foi entregue e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE 1), ANEXO 1, para que os próprios familiares cuidadores participassem da pesquisa. O outro Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE 2), ANEXO 2, foi entregue e explicado aos familiares cuidadores para que autorizassem a participação da criança na pesquisa.

Neste momento, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios, detalhes dos momentos do cuidado, além de como se daria a coleta de dados. Previu-se, caso os familiares aceitassem participar e também autorizassem a criança a receber os cuidados, porém não consentindo a utilização das informações para dados da pesquisa, que a prestação dos cuidados continuaria sendo realizada da mesma forma, sem prejuízo aos participantes.

Respeitando o aceite, as ações de cuidado a serem realizadas no domicílio foram agendadas previamente com os participantes, sendo concretizadas nos horários e momentos que não gerassem transtornos em suas residências ou que mudasse, ou atrapalhassem a rotina de vida diária do infante e do familiar cuidador.

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFPR e pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com CAAE: 48156215.2.0000.0102, parecer nº 1.230.700, de 16 de setembro de 2015, e com emenda aprovada pelo CEP da UFPR nº 1738079, em 21 de setembro de 2016 (ANEXO 3).

Esta pesquisa envolveu seres humanos de grupo vulnerável, crianças, como já descrito, e seguiu aspectos éticos fundamentais para esta população, elencados a seguir: a vontade do participante da pesquisa como norma; o respeito à autonomia; o respeito à privacidade; e o direito de ter o pai, mãe ou responsável legal presente



durante a coleta de dados e ter acesso às informações coletadas durante o estudo. Também foi observado o ECA, em seu artigo 17, que determina o direito da criança ao respeito, que consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais. (BRASIL, 2012b).

O anonimato dos participantes foi assegurado pelo uso do codinome abreviado de cada família: M.C.E; L.B.D; C.S.F; C.R.L; A.K.P; E.O.V; H.L.P.; e G.O.A.

#### **4.2.4 Técnica para coleta de dados**

Para a aplicação do MCTED, foi necessária a criação de instrumentos que orientassem e dessem subsídios para este estudo, a fim de alcançar seus objetivos. O primeiro instrumento desenvolvido com auxílio de outros autores membros do NEPECHE foi o Guia de aplicação para os Elementos do PCC, que tem como objetivo esclarecer os dez elementos, segundo manifestações de cuidado (APÊNDICE 1).

O segundo instrumento para auxiliar na coleta de dados foi a elaboração de significados e manifestações de cuidado de cada um dos oito pressupostos que envolvem o MCTED (APÊNDICE 2).

E ainda com o intuito de auxiliar na aplicação do MCTED e com o objetivo de melhor identificar a evolução de cada uma das fases do mesmo, a pesquisa utilizou diário de campo, que pode ser definido como uma condição de diário pessoal, que engloba descrições do ambiente ou contexto (inicial e posterior), lugares participantes, relações e eventos, tudo aquilo que julgarmos relevante para a formulação, como quadros e esquemas, sequências de fatos ou cronologia de eventos, vínculos entre conceitos de formulação, rede de pessoas, data, hora, por que e como foram coletados, seu significado e contribuição. (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2014).

Para Yin (2015), é um relato do que acontece diariamente em relação à pesquisa, como acontecimentos, impressões, sentimentos, ações, isto é, ocorrências consideradas importantes pelo pesquisador. É o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, recolhe e reflete sobre dados qualitativos e

quantitativos. (YIN, 2015). Não importa o meio do registro (computador, gravador de voz, papel e lápis, entre outros), o imprescindível é que seja realizado imediatamente ou o mais rápido após a ocorrência dos fatos. (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2014).

Os registros em diário de campo feitos a cada VD seguiram o seguinte plano: data; hora de início e de término da visita; endereço completo; planejamento e atividades desenvolvidas; reconstrução dos diálogos e depoimentos; descrição de relatos particulares, quem esteve envolvido no acontecimento, de que maneira e qual a natureza da ação; comportamentos e suposições da pesquisadora (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008); e a descrição dos conceitos, pressupostos, elementos do PCC e as respectivas fases de ação - contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação, conforme iam sendo utilizados na aplicação do MCTED, expresso nos extratos a seguir:

“2º Encontro (20/01/2017). Horas de cuidado realizada: 1h e 30 minutos. Local: domicílio da família (Estrada da Graciosa, Trevo Atuba). Envolvidos no cuidado: Mãe, criança e enfermeira. Contato inicial: Ao chegar, a avó grita da janela que a chave do portão encontrava-se do lado de dentro, que era só girar para entrar que a S. e a D.L. estariam me esperando. A casa fica aos fundos, sendo necessário atravessar o lote dos avós para chegar até a casa. Fiquei aguardando na calçada, mãe estava aspirando a D.L. (escutava o barulho de secreção e do aspirador), mãe pede para que eu guarde”. (DIÁRIO DE CAMPO 2- FAMÍLIA L.B.D).

“Após esta conversa, o pai refere que meus cuidados e “ajuda” serão bem-vindos, pois estão em processo de realizar “desmame” do menino do oxigênio e em alguns períodos do dia tenta estimular a criança, levando-a para fora da casa (preservando horários quanto à luz solar etc.). Referiu que ele e a esposa ainda se sentem um pouco inseguros, pois o menino, nos primeiros dias de vida, fazia vários quadros de cianose”. (DIÁRIO DE CAMPO 1- FAMÍLIA A.K.P).

“Após este instante, ela me convida para escutarmos a oração juntas e senti que o meu ser havia sido tocado profundamente pelo ser dela e ela com o meu, estávamos conectadas em um mesmo “cosmos” de corpo e alma na relação, ocorrendo então o Encontro Transpessoal. Após alguns minutos de pausa e reflexão entre nós, ela disse que foi bom contar com a minha ajuda neste período. Utilizei o Pressuposto 3- aplicação dos elementos do PCC em todas as fases. Elemento do PCC 3- Cultivar práticas espirituais próprias e do eu transpessoal e ir além do próprio ego, oferecer bênçãos, oração e expressão espiritual, conforme for o caso”. (DIÁRIO DE CAMPO 8- FAMÍLIA C.R.L).

Para além dos registros em diário de campo, foram elaborados memos em cada encontro domiciliar, que foram considerados espaços de análises sobre

questões chave da pesquisa, passagens críticas e serviram para auxiliar a pesquisadora a manter o diário de pesquisa detalhado, orientar o desenvolvimento teórico em curso, as atividades desenvolvidas, além de todas as decisões de análises feitas. (HUTCHISON; JOHNSTON; BRECKON, 2010).

Entre os tipos e definições de memos existentes, este estudo utilizou os memos reflexivos e explicativos, por fornecerem uma oportunidade para refletir sobre os processos e acontecimentos, além de fornecer informações mais detalhadas ou descrições. (HUTCHISON; JOHNSTON; BRECKON, 2010). A seguir, são apresentados alguns memorandos desenvolvidos durante a elaboração dos diários de campo:

“Contato inicial acontece quando ocorre resposta a algumas necessidades biológicas, percebi que isto influencia na relação enfermeira-família, pois é assim que a família (mãe) “apresenta” uma maior confiança na profissional e apresenta maior abertura. Elemento do PCC 1 e 9- intrínsecos na relação do cuidar com a criança e família, praticar o amor gentileza, faz com que reconheça as potencialidades e limites para executar o cuidado, visualizar a pessoa como ser humano não como objeto, permite satisfazer e compreender as necessidades da criança identificadas pelo profissional e pela família. A aplicação dos pressupostos 5, 6 e 7 do MCTED nessa fase de contato inicial entre Enfermeira-criança e mãe mostrou-se necessária e primordial”. (MEMORANDO 1- DIÁRIO DE CAMPO FAMÍLIA L.B.D).

“Proporcionar ambientes que tenham energias que trazem sensação de leveza propiciam o Encontro Transpessoal e o *healing*. Apesar de ter alteração cognitiva, padrão de crescimento e desenvolvimento alterado, senti uma sensação de bem-estar quando a criança saiu de dentro da casa e entrou em contato com o jardim”. (MEMORANDO 5- DIÁRIO DE CAMPO FAMÍLIA A.K.P).

Assim, os materiais utilizados na coleta de dados foram compostos pelos diários de campo e memos elaborados após cada encontro domiciliar, os quais, posteriormente, deram origem ao quadro auxílio para análise de diário de campo (APÊNDICE 3).

#### 4.3 ESTABELECIMENTO DAS CONEXÕES DE PESQUISA, TEORIA E PRÁTICA

Essa fase foi o momento de interação, em que se efetivou a conexão entre a pesquisa (abordagem metodológica escolhida), o referencial teórico (Teoria do Cuidado Humano e MCTED) e a prática do cuidado. Foi neste momento também que ocorreu a interação entre pesquisador-cuidador e pesquisado-cuidado, em que a pesquisadora capta, desvela e ilumina o que deseja pesquisar, ao mesmo tempo

em que observa e toma decisões em conjunto com o ser pesquisado. (ZAGONEL et al., 2016).

Nesta etapa, ocorreu a aplicação do MCTED propriamente dito, que teve início com a realização do teste piloto, entre os meses de outubro a novembro de 2016, para aproximação com a vivência do CD e o referencial teórico proposto.

Assim, participaram do teste piloto uma criança do sexo feminino, de um ano e 6 meses, caracterizada como CRIANES mista (dependência de tecnologia e reabilitação psicomotora), classificada em AD3, e sua respectiva cuidadora familiar e responsável legal (mãe).

Além disso, a pesquisadora teve, entre os meses de agosto e setembro de 2016, participação em atendimentos no domicílio junto com as equipes multiprofissionais do SAD a famílias cadastradas no serviço e que não fizeram parte do estudo, tendo também participado de reuniões da equipe.

Após isto, a coleta de dados aconteceu entre os meses de dezembro de 2016 e maio de 2017, com oito crianças e 12 familiares cuidadores, totalizando 20 participantes. O total de horas de cuidados dispensados foi de 77 horas e cinco minutos, com uma média aproximada de 10 horas por família e aproximadamente 10 encontros por família, o que resultou em 360 páginas de diário de campo, memos e quadros.

#### 4.4 AFASTAMENTO DO SER PESQUISADOR-CUIDADOR E DO SER PESQUISADO-CUIDADO

Essa etapa configura o fim da relação estabelecida no processo pesquisa-cuidado e deve ser preparada durante toda a trajetória da pesquisa, para que, ao final dos encontros, o ser pesquisado-cuidado esteja pronto para o afastamento do ser pesquisador-cuidador. (ZAGONEL et al., 2016).

Nesta ocasião, no contexto da aplicação do MCTED, a Separação pode acontecer de duas maneiras, a primeira delas, quando o cuidado transpessoal efetivamente aconteceu, ocorre a transformação dos seres e eles se libertam do círculo criado, podendo, a partir deste momento, seguir sua vida independente, mas cada um levará consigo parte do outro envolvido nesse processo. (FAVERO, 2013).

Outra forma de Separação pode acontecer por solicitação ou desejo do cliente/família/cuidador, ou para afastamento do profissional para melhor preparo

para realizar o cuidado, ou pela não evolução da relação de cuidar e impossibilidade de alcançar o encontro transpessoal, ou, ainda, pela necessidade de suporte de outro profissional. As separações abruptas podem acontecer por necessidade de melhor preparo do enfermeiro e do cliente, ou por seu recuo durante as fases anteriores. (FAVERO, 2013).

Durante a aplicação do MCTED, as separações aconteceram da seguinte forma: com seis crianças e suas respectivas famílias, foi atingido o Encontro Transpessoal; uma criança foi hospitalizada e posteriormente retornou ao serviço e, assim, dei continuidade ao atendimento; uma Separação aconteceu para melhor preparo da profissional, posteriormente, retornei ao cuidado; uma Separação abrupta por hospitalização da criança sem previsão de alta hospitalar e uma Separação por impossibilidade de evolução da relação ocorreram da seguinte forma: pais em situação vulnerável com dependência química, foi necessário intervenção de outros profissionais, inclusive apoio da ESF, após, a criança foi hospitalizada novamente para garantir o acompanhamento e sua integridade física.

É válido ressaltar que, apesar de a separação acontecer conforme previsto pelo método Pesquisa-Cuidado e pelo MCTED, o cuidado não se encerra e acontece em um processo contínuo, assim, a sucessão dos cuidados aconteceu pelo SAD enquanto a família e a criança necessitassem.

#### 4.5 ANÁLISE DO APREENDIDO

É a etapa final em que todas as informações são analisadas com o olhar no referencial teórico adotado e pela técnica de análise escolhida. Neste tipo de método, o objetivo não é quantificar, mas buscar significados à vivência de determinado fenômeno. (ZAGONEL et al., 2016).

A análise foi conduzida de modo a seguir a resposta à questão de pesquisa e aos objetivos estabelecidos, juntamente com as proposições teóricas envolvidas (pressupostos, conceitos do MCTED e Elementos do PCC adotados).

E assim foi utilizada a Estratégia Analítica Geral, contando com Proposições Teóricas e, como Técnica Analítica Específica, foi adotada a Combinação de Padrão, uma das cinco técnicas analíticas propostas por Yin (2015), sendo que tal fato se justifica pelo grande número de dados coletados, 77 horas e cinco minutos de cuidado e 360 páginas de diário de campo.

Conforme descrito por Yin (2015), quando isto acontece, os diários de campo devem ser constituídos, posteriormente organizados e classificados em quadros descritivos (YIN, 2015), neste estudo foram organizados em quadro auxílio para análise de diário de campo (APÊNDICE 3).

Por consequência, o objetivo da Estratégia Analítica Geral é agregar os dados a conceitos de interesse para que forneçam uma direção e preparação para a análise de dados, sendo, para tal, importante considerar as proposições teóricas (YIN, 2015), que, por sua vez, neste trabalho, se refletiram nos pressupostos, conceitos e elementos do PCC envolvidos no MCTED e deram origem à questão de pesquisa, revisão de literatura, referencial teórico e novas proposições.

Destarte, a técnica analítica específica adotada foi a Combinação de Padrão, pois esta análise compara um padrão embasado em empirismo com um padrão prognóstico, isto é, compara os dados com um padrão previsto antes da coleta de dados (aplicar o MCTED) com as descobertas advindas do estudo (analisar a contribuição da aplicação do MCTED). (YIN, 2015).

Assim, a questão de pesquisa e os objetivos serviram de guia durante a análise com a intenção de ser uma orientação para descrever a aplicação e a contribuição do MCTED para as crianças com necessidades especiais de saúde e suas famílias.

Após cada encontro com cada família, foi feito o diário de campo, que seguiu o roteiro proposto por Lopes e Massaroli (2008), conforme descrito no item 4.2.4 desta dissertação, técnica para coleta de dados.

Assim, os diários de campo continham data, hora de início e de término da visita, endereço completo, planejamento e atividades desenvolvidas, reconstrução de diálogos e depoimentos dos familiares, comportamentos dos familiares e das crianças após a realização do cuidado, ações e expressões da pesquisadora, memorandos reflexivos, avaliação de cada encontro, descrição de como os elementos do PCC foram utilizados, conforme proposto pelo Apêndice 1- Guia para aplicação dos elementos do Processo *Clinical Caritas*, e também descrição de como cada pressuposto que envolve o modelo foi utilizado, conforme Apêndice 2- Manifestações dos pressupostos envolvidos no MCTED.

Desta maneira, após a construção dos diários de campo, a análise do apreendido seguiu sete etapas:

Na primeira etapa, foi desenvolvido o instrumento Apêndice 3- Quadro auxílio para análise do diário de campo, instrumento que auxiliou a pesquisadora a organizar as informações desenvolvidas no diário de campo, como, por exemplo: número de encontros, horas de cuidado, descrições da família e da criança, necessidades de cuidado atendidas com base no referencial teórico, tipos de cuidado prestados, pessoas envolvidas no cuidado, conceitos que envolvem o MCTED, Elementos do PCC e pressupostos do MCTED usados, memorandos reflexivos, avaliação do encontro e da fase do MCTED em que estava a relação de cuidado.

Na segunda etapa, foi elaborado o instrumento Apêndice 4 – Análise da aplicação do MCTED por criança e família, que possibilitou a quantificação de cada pressuposto e elementos do PCC utilizados, tipologias de cuidado, necessidades de cuidado atendidas em cada fase do MCTED por CRIANES e sua respectiva família. Além disto, este instrumento permitiu identificar as características de cada um dos conceitos do modelo bem como as principais particularidades da residência e dos seres cuidados.

Na terceira etapa da análise do apreendido, foram elaborados o 5º instrumento desta dissertação e o 3º para auxílio na análise dos diários de campos, o Apêndice 5- Instrumento para análise de pressupostos do MCTED, que proporcionou a quantificação de pressupostos utilizados por fases do modelo.

Na quarta etapa, foi elaborado o 6º instrumento, o Apêndice 6- Instrumento para análise dos elementos do PCC usados por fases do MCTED, que suscitou a verificação da frequência e distribuição dos elementos do PCC.

Na quinta etapa, foi construído o 7º instrumento, o Apêndice 7- Instrumento para análise das necessidades de cuidado atendidas durante a aplicação do MCTED, que possibilitou verificar quais necessidades de cuidado foram atendidas e a distribuição de acordo com a fase do modelo.

Na sexta etapa, foi elaborado o 8º instrumento, o Apêndice 8- Instrumento para análise das tipologias de cuidado envolvidas em cada fase do MCTED, em que foram verificados os tipos de cuidado apresentados em cada uma das etapas do modelo.

A sétima etapa foi desenvolvida tendo como referência o Apêndice 4- Análise da aplicação do MCTED por criança e família. Após coletar as informações dos conceitos do modelo, elaborou-se o 9º instrumento, o Apêndice 9- Instrumento para

verificar as características dos conceitos do MCTED, que possibilitou perceber como os conceitos que envolvem o modelo foram utilizados e as principais características de cada um, em cada fase, contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação.

Desta maneira, a apresentação do apreendido segue o mesmo princípio adotado na análise do vivido, orientada pela necessidade de inserir o leitor no contexto pesquisado.



## 5 APRESENTAÇÃO DO APREENDIDO

Para responder aos objetivos propostos, neste capítulo será apresentado o que foi apreendido em seis itens. No item 5.1, será apresentada a caracterização dos participantes, nos itens 5.2 a 5.6, serão apresentados o primeiro e o segundo objetivos específicos, que analisaram a aplicação do MCTED e identificaram como os conceitos, pressupostos, Elementos do PCC e fases atendem as necessidades de cuidado das crianças e suas famílias.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O Quadro 5 apresenta a caracterização dos participantes da pesquisa, idade da CRIANES, gênero, classificação CRIANES, Classificação para atendimento no SAD em AD1, AD2, AD3, patologia, cuidador familiares principal e características do domicílio da família.

QUADRO 5- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

(Continua)

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES							
FAMÍLIA	Idade da CRIANES	Gênero CRIANES	Classificação CRIANES	Classificação AD1/AD2/AD3	Patologia CRIANES	Cuidador Familiar principal	Principais características da residência
M.C.E	1 ano e 6 meses	Feminino	Mista (Dependência de Tecnologia+ Desenvolvimento Neuropsicomotor).	AD3	Laringomalácia e Broncodisplasia	Mãe	Alvenaria, área urbana vulnerável
L.B.D	1 ano e 9 meses	Feminino	Mista (Dependência de Tecnologia+ Desenvolvimento Neuropsicomotor).	AD3	Displasia Esquelética Campomética	Mãe	Alvenaria, área urbana
C.S.F	1 ano e 1 mês	Masculino	Mista (Dependência de Tecnologia+ Desenvolvimento Neuropsicomotor).	AD3	Hidrocefalia com derivação ventricular peritoneal e	Mãe	Alvenaria, área urbana. (Mudança de casa para

			to Neuropsicomotor).		Fenda Palatina		melhor atender a CRIANES)
C.R.L	1 ano e 8 meses	Masculino	Mista (Dependência de Tecnologia+ Desenvolvimento Neuropsicomotor).	AD3	Hidrocefalia não especificada	Mãe	Madeira, área urbana
A.K.P	1 ano e 1 mês	Masculino	Mista (Dependência de Tecnologia+ Desenvolvimento Neuropsicomotor).	AD3	Megalencephaly Capillary	Pai	Madeira, área rural (construção de casa para melhor atender a CRIANES)
E.O.V	1 ano e 5 meses	Masculino	Mista (Dependência de Tecnologia+ Desenvolvimento Neuropsicomotor).	AD3	Hidrocefalia não especificada	Mãe	Alvenaria, área urbana vulnerável
H.L.P	2 anos e 1 mês	Masculino	Mista (Dependência de Tecnologia+ Desenvolvimento Neuropsicomotor).	AD3	Meningite Tuberculosa de Sistema Nervoso Central.	Mãe	Mista, área urbana vulnerável
G.O.A	5 anos	Masculino	Necessidades habituais modificadas	AD1	Traumatismo Crânio Encefálico e Violência	Mãe	Alvenaria, área urbana

(Conclusão)

FONTE: A autora (2017), com base nos registros de diário de campo

Participaram do estudo oito CRIANES e 12 familiares cuidadores. A média de encontros desenvolvidos no domicílio de cada família foi de aproximadamente 10 horas por família, com duração de aproximadamente uma hora por cuidado desenvolvido.

Destas oito CRIANES, duas eram do gênero feminino, seis do masculino, cinco tinham distúrbios neurológicos, sete foram classificadas como CRIANES de

cuidados mistos, isto é, dependência de tecnologia para sobreviver e desenvolvimento neuropsicomotor inadequado para a idade, uma foi classificada como CRIANES de necessidades habituais modificadas.

Dos critérios de classificação para atendimento no SAD, apenas uma foi especificada em AD1, as demais em AD3, assim exigiam mais cuidados dispensados pela equipe. Em relação aos familiares cuidadores, apenas uma criança tinha o pai como cuidador familiar principal.

Das características das residências dos participantes, houve sete domicílios da área urbana e um de área rural. Durante a coleta de dados, uma família teve necessidade de mudar de residência e outra construiu uma casa nova para melhor atender às CRIANES.

No que concerne à estrutura física, cinco casas eram de alvenaria, quatro foram caracterizadas como vulneráveis, uma como de difícil acesso, uma por ser próxima a um rio e duas por pertencerem a regiões com situações de violência. Em todos os domicílios, as CRIANES eram cuidadas no quarto dos respectivos pais, em apenas uma das crianças, os cuidados foram divididos entre sala de estar e quarto.

Na sequência, serão apresentadas as formas como os elementos estruturais e teóricos que fazem parte do MCTED foram utilizados na sua aplicação.

## 5.2 PRESSUPOSTOS ENVOLVIDOS NO MCTED

Apresenta-se neste item a aplicação dos pressupostos associadas às fases do MCTED; Contato Inicial, Aproximação, Encontro Transpessoal e Separação.

A TABELA 1 mostra que os pressupostos foram empregados 537 vezes (100%), nas 77 horas e cinco minutos de cuidado, dos quais o mais utilizado foi o pressuposto 3, com  $n=165$  (30,7%). E o pressuposto que apresentou menor utilização foi o 1, com  $n=18$  (3,3%).

TABELA 1- DISTRIBUIÇÃO DA UTILIZAÇÃO DOS PRESSUPOSTOS EM CADA FASE DO MCTED

PRESSUPOSTOS ENVOLVIDOS					
Pressupostos do MCTED	Contato Inicial n(%)	Aproximação n (%)	Encontro Transpessoal n (%)	Separação n (%)	Total n (%)
Pressuposto 1	00	00	17 (3,1)	1 (0,1)	18 (3,3)
Pressuposto 2	16 (3)	23 (4,3)	06 (1,11)	00	45 (8,4)
Pressuposto 3	94 (17,5)	47 (8,7)	18 (3,3)	6 (1,11)	165 (30,7)
Pressuposto 4	7(1,3)	2 (0,4)	22 (4)	3 (0,5)	34 (6,3)
Pressuposto 5	46(8,5)	7 (1,3)	4 (0,7)	1 (0,18)	58 (10,8)
Pressuposto 6	38 (7)	22 (4)	8 (1,5)	2 (0,4)	70 (13)
Pressuposto 7	44 (8,2)	11(2)	9 (1,6)	5 (0,9)	69 (12,8)
Pressuposto 8	44 (8,2)	24 (4,4)	8 (1,4)	2 (0,4)	78 (14,5)
Total	289 (53,8)	136 (25,3)	92 (17,1)	20 (3,7)	537 (100)

FONTE: A autora (2017), com base em FAVERO (2013).

Analisando a perspectiva de como os pressupostos foram utilizados, segundo cada fase do MCTED- Contato Inicial, Aproximação, Encontro Transpessoal e Separação, em cada encontro podemos refletir que alguns foram aplicados de forma sequenciadas, outros em repetição e com algumas características específicas, descritas a seguir.

Pressuposto 1 - apresentou destaque no Encontro Transpessoal, sendo o menos utilizado durante a aplicação, fato justificado por ser um pressuposto que está intrinsecamente direcionado para o Encontro transpessoal, ocorre no momento do cuidado, o ser que cuida se abre com o ser cuidado, são estabelecidas convivência e comunhão entre os envolvidos, o cuidado é desenvolvido e manifestado de forma amorosa e gentil, de forma a ser reconstituído, ocorre conexão entre humano, espírito, carregando-os de altas energias. Desta forma, a fase do Encontro Transpessoal se concretiza normalmente ao passar das visitas, pois é necessário vinculação entre enfermeira, criança e família

“A Enfermeira abre-se ao outro e com ele estabelece uma convivência e uma comunhão, aconteceu no momento do cuidado de forma a tornar-se reconstituído, carregou meu coração de altas energias, conecta humano-com-humano, coração-com-coração, espírito-com-espírito”. (DIÁRIO DE CAMPO 5- FAMÍLIA L.B.D).

Pressuposto 2 - mostrou notoriedade na fase de Aproximação, fato justificado por ser um pressuposto que prepara os envolvidos para o Encontro Transpessoal, ou

seja, direciona-os para a próxima fase, “o encontro entre o ser que cuida e o ser cuidado pode evoluir para um encontro transpessoal”, entretanto, esta evolução da relação pode ou não acontecer

“Pressuposto 2- o encontro entre o ser que cuida e o ser cuidado pode evoluir para um encontro transpessoal. Neste dia, a relação permaneceu em aproximação, relacionado a uma nova necessidade de ordem inferior que surgiu e impossibilitou que neste encontro evoluísse a nossa relação”. (DIÁRIO DE CAMPO 7- FAMÍLIA A.K.P).

Pressuposto 3 - apresentou maior destaque no Contato Inicial, porém foi o pressuposto mais utilizado durante toda a aplicação do MCTED (165 vezes), fato justificado pela característica do pressuposto, que direciona o profissional para a utilização dos Elementos do PCC e traz alicerce para a efetivação do cuidado transpessoal

“E o pressuposto 3- aplicação dos Elementos do PCC, fazem parte de todo o processo para atingir um possível cuidado transpessoal. Com a utilização dos elementos do PCC, percebi que meu ser havia sido tocado por esta experiência e este momento vivido. (MEMORANDO 3- PILOTO FAMÍLIA M.C.E).

Pressuposto 4 - mostrou relevância no Encontro Transpessoal, e isto explica a própria peculiaridade do pressuposto, pois o encontro torna-se genuinamente transpessoal quando a experiência, a relação, o significado e a importância do momento do cuidado afetam todos os envolvidos e, assim, se tornam reconstituídos, regenerados e impregnados um do outro, durante o momento do Encontro transpessoal e, após isto, ainda permanecem modificados, pois houve um estar junto no campo fenomenológico

“Pressuposto 4, cuidado transpessoal envolve dois ou mais seres unidos em um mesmo propósito, o significado do cuidado na relação afetou ambas as partes, tanto o ser que cuida quanto o ser cuidado, envolvimento físico, mental e espiritual, tornou-se genuinamente transpessoal quando a experiência e a relação, o significado do momento afetara ambas as partes de modo que passamos a viver restauradas e impregnadas desde o último encontro, ambas sentindo a falta uma da outra”. (DIÁRIO DE CAMPO 5- FAMÍLIA L.B.D).

Pressuposto 5 - apresentou destaque no Contato Inicial, pois é uma característica peculiar do pressuposto e da fase do MCTED, na qual a enfermeira irá observar e entender os fatores externos, ambientais, relacionados ao contexto domiciliar e à

rede social de apoio, que influenciam o desenvolvimento do cuidado e, em consequência, preparam para as demais etapas

“Pressuposto 5 – particularidades do ambiente e do contexto domiciliar influenciam o alcance do cuidado transpessoal, nesse instante observei questões sociais, econômicas, culturais e ambientais, características específicas do domicílio que poderiam ser consideradas fatores de facilidade ou de fragilidade para o desenvolvimento do meu cuidado”. (DIÁRIO DE CAMPO 1- FAMÍLIA A.K.P).

Pressuposto 6 - utilizado em todas as fases, porém em maior frequência no Contato Inicial e, posteriormente, na fase de Aproximação, fundamenta-se na sua especificidade, em que a Enfermeira vai além do conhecimento científico aprendido na academia, utiliza-se de experiências de vida, manutenção da fé, respeito à crença do outro, empatia, altruísmo e manifesta genuíno interesse em estar na relação do cuidado para que assim consiga evoluir e se direcionar durante as demais fases do MCTED

“Conhecimento, empatia, altruísmo, respeito às crenças e individualidades, sensibilidade, fez-se necessário ir além da ciência moderna para fortalecer ainda mais a família cuidada diante desta fase da vida, a manutenção da fé e o respeito à crença foram elementos essenciais para a conexão enfermeira, criança e família cuidada”. (DIÁRIO DE CAMPO 1- FAMÍLIA E.O.V).

Pressuposto 7 - explicitou relevância em toda a aplicação do MCTED, em especial para o Contato Inicial, tal acontecimento pode estar relacionado por ser um pressuposto intrinsecamente ligado à presença da família e do familiar cuidador durante o CD. Como a aplicação do MCTED foi feita para a criança e para a família, em cada encontro específico uma nova relação de cuidado foi desenvolvida entre todos, sendo assim considerado um processo de construção e evolução em cada fase

“Pressuposto 7- família e familiar cuidador são elementos fundamentais para a efetividade do cuidado, sem família e familiar cuidador o cuidado domiciliar não acontece e especificamente para CRIANES há necessidade da presença deles”. (DIÁRIO DE CAMPO 5- FAMÍLIA H.L.P).

“Encontrada dificuldade na Evolução da relação, associada a dificuldade de interação com os pais, pois os mesmos possuíam dependência química”. (MEMORANDO 7- DIÁRIO DE CAMPO FAMÍLIA H.L.P.).

Pressuposto 8 - exibiu sua maior utilização no Contato Inicial, porém foi o segundo pressuposto mais utilizado durante toda a experiência (78 vezes). E possibilita à enfermeira conectar-se de forma autêntica, respeitosa e ética. Aprofunda o conhecimento do outro, mostra isenção de julgamentos e preconceitos, requer sempre estar disponível de forma a atender as necessidades de ordem superior e inferior dos envolvidos

“Pressuposto 8 - olhei com delicadeza, ouvi com atenção, toquei com carinho, trabalhei com olho no olho, dei abertura para a fala da cuidadora, me mostrei atenta e interessada, mostrei estar disponível com o intuito de atender as necessidades de cuidado da criança e família”. (DIÁRIO DE CAMPO 1- FAMÍLIA G.O.A.).

Assim, ao analisar os pressupostos do MCTED (FAVERO, 2013), retorno ao proposto por Favero, que expôs que a enfermeira, ao adentrar o domicílio, deve ter as premissas teóricas do CD e os preceitos filosóficos da Teoria do Cuidado Humano, que embasam e sustentam os momentos do cuidado.

Após a entrada da enfermeira no domicílio, inicia-se a primeira etapa do Modelo de Cuidado, denominada de Contato Inicial. É nesta etapa que a enfermeira percebe o ser cuidado, “a família e o cuidador familiar, compreende o contexto domiciliar que envolve toda a dinâmica do lar e, do mesmo modo, é também percebida por essas pessoas”, (FAVERO, 2013, p. 151), acrescento aqui a percepção da rede social de apoio e características específicas do ambiente micro e macro a cada domicílio e território.

Enfatizo “os elementos do PCC bem como os pressupostos que orientam o Modelo, que são importantes estratégias que a enfermeira precisa considerar para avançar na relação em busca do cuidado transpessoal e da transformação que dele surgirá, caso seja efetivado”. (FAVERO, 2013, p.151).

Alguns pressupostos são evidentes no Contato Inicial, assim como proposto por Favero (2013). Neste momento, utilizam-se os pressupostos 6, 8, 7 e 5. Nesta fase, foi proposta também a utilização do Pressuposto 4, que foi utilizado com maior destaque para a fase do Encontro Transpessoal.

O pressuposto 3, como recomendado pela autora, ocorre em todas as fases, porém sua ênfase foi dada durante o Contato Inicial, reitero que o fato pode estar associado por ser este um momento de muitas descobertas entre os envolvidos.

Seguindo as definições, concordo que o Contato Inicial pode ser alcançado durante o primeiro encontro ou ainda permanecer entre vários, com a impossibilidade de evolução da relação e até mesmo uma Separação abrupta pode acontecer. Atingida a Aproximação, “a relação de cuidado já evoluiu, e a enfermeira e cliente/família/cuidador encontram-se mais à vontade na relação de cuidar, e várias formas de comunicação ocorrem. Há formação de vínculo e sentimento de confiança mútuo”. (FAVERO, 2013, p.152).

Nesta fase, as autoras sugerem a aplicação dos pressupostos 6, 8, 2 e 3. Concordo com elas e acrescento a importância dos pressupostos 5 e 7 também nesta fase, pois darão base para a próxima etapa “Encontro Transpessoal”, ou os envolvidos podem permanecer nesta etapa, porém a enfermeira terá sustentação para continuar o seu cuidado. A terceira fase é denominada de Encontro Transpessoal em que

Enfermeiro e cliente passam a ser somente um. Há união, mutualidade e harmonia. O ser do ser que cuida se funde com o do ser cuidado e é nesse momento que o cuidado transpessoal acontece. Talvez essa seja a etapa mais difícil, pois demanda não somente o querer do profissional, mas o envolvimento daqueles que são por ele cuidados. Ela é crucial para que a relação efetivamente aconteça. (FAVERO, 2013, p.153).

Como descrito, neste momento ocorre a utilização de todos os pressupostos, porém os que mais apresentaram distinção para esta etapa foram os pressupostos 1 e 4, que, de fato, possibilitam o cuidado transpessoal e, assim, a reconstituição (*healing*) entre os envolvidos.

Atingida a terceira etapa, acrescento o sentimento da sensação de carregar o coração de altas energias e concordo com a autora

Os envolvidos nesse processo encontram-se restaurados, transformados e envolvidos um com o outro. A união da mente-corpo-espírito pode facilitar o restabelecimento da saúde e o alcance do processo de *healing*. Nessa fase descortina-se a dimensão fenomenológica-existencial em que há transcendência dos envolvidos para além do físico-material ou do material-emocional, para além do tempo, do espaço e da fisicalidade. (FAVERO, 2013, p.153).

A quarta fase, denominada de Separação, deve ser preparada durante todas as fases anteriores, concordo com a descrição da autora e acrescento internação e óbito, podendo acontecer por diferentes maneiras



A primeira delas, quando o cuidado transpessoal efetivamente aconteceu, há a transformação dos seres e eles se libertam do círculo criado, pois, a partir de agora, podem seguir sua vida independentemente, mas levarão consigo parte do outro envolvido nesse processo. Outra forma de Separação acontece por solicitação do profissional ou do cliente/família/cuidador, seja pela não evolução da relação de cuidar e impossibilidade de alcançar a terceira etapa; seja pela necessidade de suporte de outros profissionais; ou ainda por desejo do cliente/família/cuidador em se afastar. As separações abruptas podem ocorrer por necessidade de melhor preparo da enfermeira e do cliente, ou por recuo deste durante as fases anteriores. (FAVERO, 2013, p.153).

A apresentação do dado seguinte diz respeito à utilização dos Elementos do PCC em cada uma das fases de desenvolvimento do MCTED.

### 5.3 ELEMENTOS DO PROCESSO *CLINICAL CARITAS* UTILIZADOS

Conforme já exposto nesta dissertação, a aplicação dos Elementos do PCC faz parte do pressuposto 3 do MCTED e são capazes de propiciar e auxiliar a enfermagem para o cuidado transpessoal, as manifestações de cuidado, bem como as ações de cuidado, que tiveram como guia o instrumento “Guia para aplicação dos Elementos do *Processo Clinical Caritas*” (Apêndice 1).

Deste modo a TABELA 2 mostra que os Elementos do PCC foram utilizados 322 vezes (100%) durante toda a aplicação, o elemento de maior destaque foi o 9, com n=67 (21%), e, em menor destaque, o 3, com n=7 (2,1%).

TABELA 2- DISTRIBUIÇÃO DA UTILIZAÇÃO DOS ELEMENTOS DO PROCESSO CLINICAL CARITAS DURANTE AS FASES DO MCTED

FREQUÊNCIA DOS ELEMENTOS DO PROCESSO <i>CLINICAL CARITAS</i>					
Processo <i>Clinical Caritas</i> (PCC)	Contato Inicial n(%)	Aproximação n(%)	Encontro Transpessoal n(%)	Separação n(%)	Total n(%)
PCC1	22 (6,8)	11 (3,4)	06 (1,8)	03 (0,9)	42 (13)
PCC2	09 (2,8)	08 (2,4)	06 (1,8)	02 (0,62)	25 (7,7)
PCC3	02 (0,62)	02 (0,62)	03 (0,9)	00	07 (2,1)
PCC4	39 (12,1)	09 (2,8)	05 (1,5)	01 (0,3)	54 (16,7)
PCC5	14 (4,3)	10 (3,1)	04 (1,2)	00	28 (8,6)
PCC6	11 (3,4)	9 (2,8)	02 (0,62)	00	22 (6,8)
PCC7	26 (8)	13 (4)	02 (0,62)	00	41 (12,7)
PCC8	5 (1,5)	11 (3,4)	04 (1,2)	00	20 (6,2)
PCC9	48 (15)	11 (3,4)	07 (2,8)	01 (0,3)	67 (21)
PCC10	1 (0,3)	1 (0,3)	10 (3,1)	04 (1,2)	16 (5)
Total	177 (55)	85 (26,4)	49 (15,2)	11 (3,4)	322 (100)

FONTE: A autora (2017), com base em FAVERO (2013) e TONIN et al. (2017).

Averiguando as formas de emprego dos Elementos do PCC durante a aplicação do MCTED, foi adotada, conforme o previsto e o indicado pelo pressuposto 3 do MCTED, “A aplicação dos Elementos do Processo *Clinical Caritas* durante as fases de Contato Inicial, Aproximação, Encontro Transpessoal e Separação, que são capazes de propiciar um cuidado transpessoal”. (FAVERO, 2013, p. 152).

Em todas as fases do MCTED, os Elementos do PCC foram utilizados, mas poucas vezes foram inseridos de forma sequenciada, apenas duas vezes com o PCC 4 e o 9, no restante dos encontros, verificou-se, de forma diversificada, que foram diferentes dos pressupostos, que, em alguns instantes, foram utilizados em subsequência.

A fase do MCTED que mais utilizou Elementos do PCC foi no Contato Inicial, em que se destacou o elemento do PCC 9, que, por sua vez, foi o mais utilizado em toda a aplicação do modelo (67 vezes).

Este elemento, especificamente, é descrito como: “Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando o cuidado humano essencial, que potencializa o alinhamento mente-corpo-espírito, a totalidade e unidade do ser em todos os aspectos do cuidado” (WATSON, 2008, p. 143).

Este fato justifica sua maior utilização nesta fase, considerada uma etapa de muitas descobertas entre o ser que cuida e o ser cuidado. O enfermeiro identifica as necessidades de cuidado dos envolvidos, procura compreendê-las, podendo até mesmo antecipá-las, tem consciência de que não está tocando apenas o corpo físico, mas, além disto, a mente e a alma, considera ainda este instante uma honra, um privilégio e um ato sagrado, com o objetivo de se direcionar e se planejar para as próximas fases de Aproximação, Encontro Transpessoal e Separação

“PCC 9- Ajudei nas necessidades básicas, algumas identificadas por mim, durante o exame físico, outras relatadas pelo pai, reconheci as fragilidades do ser cuidado, considerei o momento de realização dos cuidados como uma honra, privilégio, ato sagrado e mistério da vida”. (DIÁRIO DE CAMPO 3- FAMÍLIA A.K.P).

Outro item importante a destacar é que com duas famílias não ocorreu Encontro Transpessoal; uma família por impossibilidade de evolução e outra por Separação abrupta (internação hospitalar). Em outras duas famílias, a evolução da relação para o “Encontro Transpessoal” demorou a acontecer, somente a partir do 8º e 9º encontro, assim se mantendo durante um longo período no Contato Inicial e na Aproximação, fato este que pode justificar o grande número de elementos utilizados apenas nestas duas primeiras fases.

Na fase de aproximação, o Elemento do PCC mais utilizado foi o 7 (13 vezes), descrito como: “Engajar-se de forma genuína em experiências de ensino aprendizagem que atendam a pessoa inteira, seus significados, tentando permanecer dentro do referencial do outro”. (WATSON, 2008, p. 125).

Tal fato pode ser procedente porque nesta etapa a relação de cuidado já evoluiu, ocorre a formação de vínculo e sentimentos, todos estão mais à vontade na relação e assim há diversas formas de comunicação, o que vai ao encontro das manifestações de cuidado do próprio elemento em destaque, quando o ser que cuida irá auxiliar a pessoa a formular perguntas, dar voz a possíveis dúvidas, ouvir e compartilhar ativamente experiências de vida do outro, percebe o que significa a informação e orientação, entende o momento de orientação como uma troca de aprendizado e, assim, aprende que a situação de ensino pode afetar o processo de cuidado

“PCC 7- engajar-se de forma genuína em experiências de ensino aprendizagem, escutar e compartilhar ativamente experiências de vida da família, auxiliei os pais a formular perguntas e a perguntar possíveis dúvidas, procurei neste momento primeiramente aprender com os pais, entender a visão de mundo deles para então desenvolver ação e fornecer a informação, explicando neste momento sobre a manobra de Credé e a avaliação de grumos, febre e sinais de infecção urinária”. (DIÁRIO DE CAMPO 2- FAMÍLIA C.R.L).

Seguindo as etapas do modelo, na fase do Encontro Transpessoal e da Separação, o Elemento mais utilizado foi o PCC 10, descrito como: “Dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado”. (WATSON, 2008, p. 191).

Tal ocorrência pode ser justificada por ser um elemento que leva a enfermeira a incluir as necessidades de crenças do ser cuidado e as necessidades de ordem superior que possibilitam a transcendência, o Encontro Transpessoal e, assim, o *healing* entre os envolvidos

“PCC 10- Dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, soube respeitar o que era importante para mim e o que tinha significado para o outro, mantive um espaço sagrado de cura para todos, permite ao desconhecido se desenvolver, reconheci que alguns acontecimentos da vida são inexplicáveis... ela disse que durante o meu atendimento eu era uma pessoa que trazia muita luz junto comigo e uma boa energia para a casa, que o espírito da D. havia gostado muito da minha pessoa, e que enquanto conversávamos e fazíamos os procedimentos na menina havia mais crianças ao meu redor, seriam as crianças espíritos que acompanham a menina e que se beneficiavam junto a D. do meu atendimento”. (DIÁRIO DE CAMPO 3- FAMÍLIA L.B.D).

Assim, suas manifestações de cuidado foram descritas e executadas como: saber o que é importante para si e respeitar o que tem significado para o outro; manter um espaço sagrado de cura para os outros, respeitando o seu tempo e a sua necessidade; permitir que milagres possam ter lugar e significados para si e para o outro; permitir o desconhecido, desenvolver-se; compreender as limitações da ciência; reconhecer que alguns acontecimentos da vida são inexplicáveis; acreditar no poder curativo da fé e da esperança; estimular a busca de forças internas para o cuidado; reconhecer o processo de vida e morte; e reconhecer o potencial metafísico e de transcendência.

Durante a fase da Separação, senti e vivenciei como ser que cuida que “alguns acontecimentos da vida são inexplicáveis”, identificado aqui como e por que estamos reunidos naquele instante (eu enfermeira com a família e a criança),

naquele lugar e espaço, naquela relação de cuidado que se estabeleceu e chegou ao fim e que poderia ser entendida como um simples cuidado realizado, porém, ao utilizar um modelo de cuidado transpessoal, que se baseia teórica e filosoficamente em pressupostos humanistas, isto se torna inexplicável e extraordinário.

#### 5.4 NECESSIDADES DE CUIDADO ATENDIDAS PELO MCTED

Conforme as fases do MCTED iam sendo alcançadas, a cada VD realizada, necessidades de cuidado iam sendo identificadas e atendidas (TABELA 3).

TABELA 3- DISTRIBUIÇÃO DE NECESSIDADES ATENDIDAS EM CADA FASE DO MCTED

NECESSIDADES DE CUIDADO ATENDIDAS					
Necessidades de cuidado atendidas	Contato Inicial n (%)	Aproximação n (%)	Encontro Transpessoal n (%)	Separação n (%)	Total N (%)
Necessidade de alimento e líquido *	35 (7,5)	01 (0,2)	00	02 (0,4)	38 (8,1)
Necessidade de eliminação*	45 (9,6)	05 (1)	00	01 (0,2)	51 (10,9)
Necessidade de ventilação*	108 (23,1)	28 (6)	00	05 (1)	141(30,1)
Necessidade de atividade-inatividade*	65 (14)	15 (3,2)	00	01 (0,2)	81(17,4)
Necessidade de sexualidade*	00	03 (0,6)	00	00	03 (0,6)
Necessidade de realização**	23 (5)	38 (8,1)	08 (1,7)	00	69 (14,8)
Necessidade de associação**	23 (5)	18 (3,8)	03 (0,6)	03 (0,6)	47 (10)
A necessidade de auto-realização**	00	04 (0,8)	30 (6,4)	03 (0,6)	37 (7,9)
Total	299 (64)	112 (24)	41 (8,8)	15 (3,2)	467 (100)

FONTE: A autora (2017), com base em WATSON (1979) e WATSON (2008).

NOTA: \* Necessidades de ordem inferior (biofísicas e psicofísicas); \*\*Necessidades de ordem superior (psicossociais e intraindividual).

Durante a aplicação do MCTED, foram atendidas 467 vezes (100%) necessidades de cuidado. A fase do modelo que apresentou o maior número foi a de Contato Inicial, com n=299 (64%). A necessidade nesta etapa que mostrou maior identificação e resposta foi a de ventilação, atribuída como concreta e de ordem inferior (biofísica), foi percebida com notoriedade em todo o emprego do modelo e teve como características: cuidados com traqueostomia, oxigenoterapia, ventilação mecânica, desmame de oxigenoterapia, aspiração de vias aéreas, perfusão tissular,

exercícios respiratórios, gasometria arterial, controle de saturação e coleta de secreção por sistema fechado.

“Necessidade de ventilação: foram feitas a aspiração de vias áreas e a coleta de escarro em sistema fechado. A equipe cogitou a possibilidade de correção cirúrgica na traqueia para reverter quadro de Laringomalacia”. (DIÁRIO DE CAMPO 2- FAMÍLIA M.C.E).

Além disso, é importante esclarecer, como já supracitado, que, durante o emprego do modelo com duas famílias, não aconteceu o Encontro Transpessoal: uma família por impossibilidade de evolução e outra por Separação abrupta (internação hospitalar). Em outras duas famílias, a evolução da relação para o “Encontro Transpessoal” demorou a acontecer, somente a partir do 8º e 9º encontro, assim permanecendo durante um longo período no Contato Inicial e na Aproximação, fato este que pode representar o grande número de necessidades atendidas apenas nestas duas primeiras fases.

Na etapa Aproximação, a necessidade que exibiu destaque foi a de realização, reconhecida como de ordem superior (psicossocial). Distinguida como integradora, o que vai ao encontro da própria fase, que é representada por diversas formas de comunicação, isto é uma necessidade em que a enfermeira irá procurar dar voz a possíveis dúvidas, auxiliar a pessoa a formular perguntas, entender e compartilhar ativamente experiências, perceber o que significa a informação e orientação e, a partir disto, realizar o seu cuidado bem como a instrumentalização dos envolvidos no domicílio.

No Encontro Transpessoal, a necessidade proeminente foi a de autor-realização, diferenciada como sendo de ordem superior, abstrata, intrainterpessoal, ela eleva a percepção do ser humano e busca a transcendência. Essa necessidade foi expressa com n=30 (6,4%) e identificada por um período de alegria, esperança pela melhora e recuperação da criança, quando ocorreram identificação e consideração das necessidades de crenças dos envolvidos, impacto do cuidado no momento vivido pela criança e família, envolvimento de questões espirituais, satisfação das ações de cuidado, com tranquilização da criança na execução de procedimentos, sentimento de gratidão, carinho e amor pelos envolvidos na relação

“Ela demonstrou também ter se sentido discriminada quando um profissional médico lhe avisou que para o caso da EV, não haveria solução

e que logo iria a óbito, contou a experiência e disse que sabia da gravidade do caso, porém acreditava nos milagres da vida, no poder curativo da fé e da esperança- Acredita que aprendeu muito e muita coisa evoluiu na vida dela depois do nascimento da filha- Ela falou que o marido dela ia muito mais à igreja do que ela agora, algumas vezes ela ficava em casa cuidando da criança mas que o pastor vinha em casa oferecer bênçãos na casa dela para a criança e para a família e mais uma vez eu reforcei as expressões, as crenças e os valores da família”. (DIÁRIO DE CAMPO 8- FAMÍLIA E.O.V).

“Continuávamos os pais, menina e avó na sala conversando sobre os cuidados com a menina, enquanto eu fazia a aspiração, neste procedimento, pela primeira vez, percebo a criança muito tranquila durante a aspiração no meu colo, sorria para mim e até mesmo queria brincar com a sonda da aspiração durante o procedimento, sorríamos uma para a outra, me emocionei ocorreu momento de pausa entre todos os envolvidos ali naquele momento, os pais e a avó sorriram para mim neste momento e falaram que geralmente a menina fica muito tranquila apenas com a mãe na realização de qualquer procedimento”. (DIÁRIO DE CAMPO 6- FAMÍLIA L.B.D).

Na última etapa do modelo, a Separação foi a que obteve o menor índice de necessidades de cuidado atendidas, podendo tal fato ser justificado e reiterado como o fim da relação estabelecida, quando os envolvidos se libertam do vínculo estabelecido, todos estando preparados para continuar suas vidas, pois foram fortalecidos com as etapas anteriores, isto é, as necessidades que deveriam ter sido identificadas e atendidas já transcorreram, lembrando que outras separações também podem acontecer, como já descritas anteriormente neste trabalho.

Concludente, a concepção que se estabelece sobre as necessidades atendidas pelo MCTED são: no início, são necessidades de ordem inferior, as biológicas – biofísicas e psicofísicas (concretas), percebidas pela enfermeira ou até mesmo expressas pelo ser-cuidado. À medida em que advém a evolução da relação, essas necessidades irão caracterizar-se como sendo de ordem superior (abstratas), psicossociais, inter-intrapessoal, efetivadas durante o Encontro Transpessoal. Identificou-se todas como sendo de relevada importância ao adotar o referencial teórico do Cuidado Humano e estão interconectadas.

Quando a Separação acontece, os envolvidos se libertam da relação, porém permanecem fortalecidos, pois o preparo nas fases anteriores aconteceu. Assevero que as necessidades tanto de ordem inferior e superior podem continuar sendo manifestadas pelo ser cuidado ou pela família, que estão agora preparados para os próximos enfrentamentos da vida.

## 5.5 TIPOLOGIA DE CUIDADOS ENVOLVIDAS

Durante a aplicação do MCTED, algumas tipologias de cuidado foram identificadas com maior destaque em cada uma das fases (TABELA 4).

TABELA 4- DISTRIBUIÇÃO DAS TIPOLOGIAS DE CUIDADO ENVOLVIDAS EM CADA FASE DO MCTED

TIPOLOGIA DE CUIDADOS					
Tipologia Envolvida	Contato Inicial n (%)	Aproximação n (%)	Encontro Transpessoal n (%)	Separação n (%)	Total n (%)
Antecipatório	09 (6)	03 (2)	00	00	12 (8)
Preventivo	10 (6,6)	06 (4)	00	00	16(10,6)
Preservação	08 (5,3)	00	02 (1,3)	00	10 (6,6)
Protetor	12 (8)	01 (0,6)	00	00	13 (8,6)
Recíproco	03 (2)	06 (4)	12 (8)	06 (4)	27 (18)
Reconstrutivo	02 (1,3)	08 (5,3)	21 (14)	06 (4)	37(24,6)
Supervisão	27 (18)	05 (3,3)	02 (1,3)	01 (0,6)	35(23,3)
Total	71 (47,3)	29 (19,3)	37 (24,6)	13 (8,6)	150

FONTE: A autora (2017), com base em BOWERS (1987) e NOLAN (1995).

Verificando as tipologias de cuidado adotadas durante a aplicação do MCTED, as quais envolvem tanto o cuidador informal (familiar), quanto a profissional Enfermeira e as crianças sob cuidados, foi encontrado na etapa de Contato Inicial, o cuidado de Supervisão como destaque com n=27 (18%). Esta tipologia específica condiz com ações diretas de resolução de problemas, implica ficar atenta para alterações do estado de saúde em geral, alterações de dados vitais, características físicas e alterações relacionadas aos dispositivos utilizados pela criança, horários de medicação, exames, curativos, aspiração eliminações, entre outras necessidades de ordem inferior.

“Todos os cuidados, banho, aspiração, troca de fraldas, administrado dieta e o bebê encontrava-se em repouso”. (DIÁRIO DE CAMPO 1- FAMÍLIA A.K.P).

“Realizei exame físico na criança e verifiquei presença de ar no equipo de dieta da criança”. (DIÁRIO DE CAMPO 5- FAMÍLIA E.O.V).



“Realizada troca de curativos em traqueostomia e gastrostomia, adaptado local no quarto para a utilização do equipo de dieta, testado oxímetro pediátrico”. (DIÁRIO DE CAMPO 1- FAMÍLIA H.L.P.).

Seguindo as fases do Modelo, a etapa seguinte é a de Aproximação, que apresentou como destaque a tipologia de cuidado Reconstutivo, com  $n=8$  (5,3%). Esta tipologia trabalha especificamente com a formação de valores, quando ocorre o desenvolvimento da relação entre os envolvidos. (NOLAN, 1995).

“Procurei tranquilizá-la explicando o procedimento e os possíveis cuidados enquanto utilizava contato visual apropriado e toque com delicadeza na criança, escutava com preocupação genuína, prestava atenção e utilizava linguagem acessível, mais uma vez demonstrou contentamento na relação, sua face foi muito expressiva nesse momento, olhava atentamente para mim e eu para ela, como se quiséssemos enxergar o interior uma da outra- procurei respeitar o que era importante para mim e para ela, respeitei o seu tempo e sua necessidade”. (DIÁRIO DE CAMPO 3- FAMÍLIA M.C.E).

Na etapa do Encontro Transpessoal, também ressaltamos o cuidado Reconstutivo, com  $n=21$  (14%), além do Recíproco, com  $n=12$  (8%). Tal ênfase pode ser factual pela característica do próprio modelo, isto é, ao tratar-se de um modelo de cuidado orientado teórica e filosoficamente segundo pressupostos humanistas, observa-se uma evolução na relação para a Aproximação, direcionando para o Encontro Transpessoal e, assim, estes cuidados Reconstutivos e Recíprocos guardam os tipos mais amplos de cuidados

“Nesse momento do cuidado transpessoal, senti um misto de presença, atenção, amor, gentileza, cuidado, aprendizado com essa nova situação. E durante o cuidado transpessoal, os sentimentos foram libertados no momento do cuidado, o que me permitiu assimilar melhor a minha condição de ser e de alma ali presente naquele espaço, me marcando profundamente”. (DIÁRIO DE CAMPO 3- FAMÍLIA L.B.D).

“Me sinto muito grata por tudo o que vivenciei, um misto de sentimentos toma conta de mim. Refiro que fico muito feliz em ter oportunizado isto para a família e que percebia realmente que eles já estavam mais adaptados com as rotinas e demandas do Cuidado Domiciliar e então estávamos próximos de nos separar. Me acompanha até a porta, nos despedimos, me senti cuidada pela família neste encontro”. (DIÁRIO DE CAMPO 3- FAMÍLIA E.O.V).

O cuidado Reconstutivo trabalha para desenvolver novos papéis e valores, sejam eles correspondentes a necessidades de ordem superior ou inferior, ocorrendo essencialmente a construção e a evolução da relação entre todos os

envolvidos. Já o segundo foi constituído como aquele que envolve a duração e o momento, correspondendo à relação e ao intercâmbio de cuidados entre os envolvidos na ação (NOLAN, 1995) e a enfermeira pôde se sentir cuidada enquanto cuidava.

Um fator importante a salientar é que para a relação poder evoluir, e/ou haver cuidado Reconstutivo e Recíproco, é necessário acontecer a identificação de necessidades pela enfermeira, sejam elas de ordem inferior ou superior, manifestação de habilidades clínicas, conhecimento científico, utilizar senso comum, respeitar crenças, valores, individualidades de cada ser, expressar desejo genuíno de estar na relação de cuidado, ter apoio emocional e se preparar anteriormente com práticas espirituais.

Por conseguinte, na fase da Separação, foram identificados apenas os cuidados de supervisão, recíproco e reconstutivo descritos acima, que, por sua vez, foram as únicas tipologias apresentadas em todas as etapas – Contato Inicial, Aproximação, Encontro Transpessoal e Separação.

Isto denota que se, de fato, o cuidado transpessoal efetivamente aconteceu, a transcendência e o *healing* entre os envolvidos no cuidado revelam que os indivíduos ficaram restaurados e impregnados um pelo outro, lembrando que esta característica específica é encontrada quando a Separação acontece pela evolução da relação, isto é, pelo Encontro Transpessoal, podendo esta fase advir também por impossibilidade da evolução, Separação abrupta, recuo e melhor preparo da profissional, não aceitação do ser cuidado e, assim, estas tipologias de cuidado Reconstutivo e Recíproco não foram percebidas.

## 5.6 CARACTERÍSTICAS IDENTIFICADAS NOS CONCEITOS DO MCTED

Considerando o Quadro 3 – Definições dos conceitos envolvidos no MCTED, os metaparadigmas da enfermagem - saúde, ser humano, enfermagem, ambiente e os conceitos de CD, família, contexto domiciliar e cuidador - também fazem parte do mencionado modelo. Para esta pesquisa, ao serem aplicados, o QUADRO 6 mostra como os conceitos foram evidenciados com auxílio do Apêndice 9- Instrumento para verificar as características dos conceitos do MCTED.

## 6- CARACTERÍSTICAS DOS CONCEITOS IDENTIFICADAS DURANTE A APLICAÇÃO DO MCTED

(continua)

Conceito	CARACTERÍSTICAS IDENTIFICADAS
<b>Ambiente</b>	<p><b>Micro:</b> Estruturais: domicílio estrutura física, onde ocorrem várias modificações para receber o ser cuidado (parede, compressor de oxigênio, energia elétrica, troca de cômodo, reformas, mudança de casa, construção de casa nova); Espirituais: Inclui crenças, expectativas, esperança e histórias. Onde acontece o Encontro Transpessoal. Anjo da guarda no berço, missa na rádio, oração, brinquedos e brincadeiras de criança.</p> <p><b>Macro:</b> Domicílio faz parte de uma área de abrangência de uma ESF, SAD, em um bairro, município. Características específicas do meio geográfico que influenciam no cuidado: casa próxima a um rio, ambiente vulnerável a drogas e à violência, pode haver mudança de bairro para melhor atender a criança.</p>
<b>Contexto Domiciliar</b>	Equipe de Serviço de Atendimento Domiciliar, Hospital de Referência, Unidade de Saúde. Conselho Tutelar, Juizado de proteção à Infância e da Juventude. Judicialização. Benefício de Prestação Continuada. Desemprego para cuidar da criança, Copel. Auxílio de ONGs. Construção de casa nova, mudança na estrutura da casa. Presença dos avós morando no mesmo domicílio, internações hospitalares. Serviço de outros profissionais particulares. Uso de drogas pela mãe, mães gestantes. Religião, Centro espírita, missa de Padre católico em rádio.
<b>Cuidador</b>	CIP: Apenas uma família, o cuidador informal primário foi o pai, e em uma família com o avanço da gestação a mãe passou de primária para secundária. CIS: Grande maioria composto por Pai, avós, irmãos, e apenas uma família, a mãe, com o decorrer da gestação, passou de primária para secundária. Padrasto. CIT: integrantes da Rede Social de Apoio: ONG, Correios, Copel, INSS, Conselho Tutelar, Juizado, Ministério Público, Escola Especial, vizinhos, tios, integrantes de entidades religiosas.
<b>Cuidado Domiciliar</b>	CD foi realizado por meio de VD em que se desenvolveram as fases de aplicação do MCTED. Ocorre realização de cuidados ao ser cuidado e à família, a fim de identificar e sanar as necessidades de ordem inferior e superior. Envolveu acompanhamento, recuperação e manutenção da saúde da criança e da família. Conhecimentos científicos e empíricos, respeito às crenças e a valores individuais. Rede Social de Apoio e Equipe Multiprofissional. Necessário realizar orientações e instrumentalização dos familiares cuidadores.
<b>Enfermagem</b>	Necessário sustentar-se em valores humanísticos com preparo espiritual anterior, conhecimento científico e ir além da ciência. Realiza atividades que satisfazem as necessidades humanas a cada cuidado realizado (tipologia de cuidado). Capaz de transformar e de transformar-se por meio da relação de cuidado e assim ser capaz de influenciar e ser influenciada. É ser, estar, fazer, pensar, acontecer, evoluir, tomar conta e transformar por meio da relação de cuidado em todo o ciclo de vida das pessoas.
<b>Família</b>	Reside em um mesmo espaço e assim formam um núcleo de convivência. Cada integrante tem uma necessidade (inferior e superior) influencia e podem influenciar nas necessidades de cuidado dos demais. Necessidades de ordem inferior das crianças são refletidas em necessidades de ordem superior para os seus respectivos familiares. Unidade de Cuidado da Enfermeira.
<b>Saúde</b>	Está relacionado com certa coerência entre o que é percebido e o que é vivido. Experiência subjetiva, a qual é alcançada após o <i>healing</i> estabelecido, ocorre posteriormente a satisfação de necessidades de ordem superior e inferior em um processo de interação entre criança-família-sociedade-enfermeira-contexto.

QUADRO 6- CARACTERÍSTICAS DOS CONCEITOS IDENTIFICADAS DURANTE A APLICAÇÃO DO MCTED

(conclusão)

<b>Ser Humano</b>	Pessoa única, criança, membros da família, familiar cuidador, considerado único na sua existência. Dotado de necessidades de ordem mental, psicológica, física e espiritual, em que influencia e é influenciado pelo cosmos.
-------------------	--

FONTE: A autora (2017) com base em FAVERO (2013).

Antes da aplicação do MCTED, tinham-se dados empíricos (a definição dos conceitos apresentados no capítulo Referencial Teórico), ainda não testados e, após aplicação, foram observadas as particularidades e propriedades de cada um dos conceitos envolvidos.

Isto posto, podem ser representados certos domínios ou eventos dentro do modelo de cuidado, que correspondem às análises de frequências apresentadas anteriormente-pressupostos, Elementos do PCC, necessidades de cuidado e as tipologias de cuidado. Assim, as suposições levantadas pelos conceitos representam fundamentos básicos em razão do modelo, como:

- Representa como elemento nuclear o cuidado transpessoal, por meio da aplicação dos pressupostos, conceitos e Elementos do PCC;
- A enfermeira pode atuar com o ser cuidado, sua família e considerar as necessidades de cuidado como um processo circular, interconectadas, e na medida em que os encontros acontecem, novas necessidades podem surgir e possibilitar a evolução da relação;
- A enfermeira se integra dentro da organização da rede social de apoio e deve considerar todas as questões envolvidas para o contexto domiciliar;
- No que se infere ao ambiente, podem representar características tanto do ambiente macro, território de atuação da enfermeira, seja ela do SAD ou da ESF, e ambiente micro, local íntimo, estrutura física da casa, adaptações para receber o ser cuidado, culturas, crenças, espiritualidade, religiosidade manifestadas por cada família;

Além disto, o que se propõe por meio dos conceitos e dos outros elementos estruturais e teóricos do modelo é que suas consequências podem ser a transcendência e o *healing* entre os envolvidos por artifício do cuidado transpessoal.

## 6 CONVERSANDO COM AUTORES SOBRE O APREENDIDO

Neste capítulo, será feita uma construção pela literatura emergente, com o intuito de correlacionar com os resultados obtidos e com os objetivos propostos nesta dissertação. Dessa maneira, acredita-se alcançar similaridades, divergências e lacunas que ainda precisam ser aprimoradas por pesquisas futuras.

Ao utilizar um modelo de cuidado, a enfermagem manifesta seu domínio teórico e prático. (LIMA DA SILVA et al., 2013; ROCHA et al., 2012; FORNARI et al., 2016). Ao aplicar o MCTED, o enfermeiro se depara com um percurso metodológico capaz de viabilizar a utilização dos elementos do PCC, pressupostos, conceitos e fases, sendo apropriado para a realização de um cuidado transpessoal no domicílio. (RODRIGUES et al., 2016).

A aplicação do MCTED aconteceu no domicílio de cada CRIANES e suas famílias, assim, prestei cuidados de enfermagem em cada fase do MCTED, respeitando o tempo de evolução da relação e peculiaridades de cada ser cuidado, crenças, culturas, necessidades de cuidado de ordem inferior e superior do começo ao fim da relação, pois acredito que só assim seja possível avançar em todas as etapas e/ou então dar sustentabilidade para a continuação do cuidado na etapa que não evolui.

A fase do Contato Inicial se refere aos primeiros contatos entre o ser que cuida, o ser cuidado e a família, sendo consideradas as histórias de vida de cada um, momento em que se busca o conhecer entre os envolvidos. (FAVERO, 2013).

É nesta etapa que a enfermeira percebe o ser cuidado, “a família e o cuidador familiar, compreendendo o contexto domiciliar que envolve toda a dinâmica do lar e, do mesmo modo, sendo também percebida por essas pessoas”. (FAVERO, 2013, p. 151).

Stajduhar et al. (2011) referem que o contexto domiciliar é caracterizado como um *know-how* complexo que envolve várias metas, estratégias e, inclusive, o relacionamento, avaliação das necessidades e capacidades do ser-cuidado, da família e de recursos para o CD.

Para além disso, deve-se considerar a rede social de apoio, exclusivamente no que diz respeito aos participantes desta pesquisa, as CRIANES. Em estudo realizado por Barbosa et al. (2016), foram evidenciadas fragilidades neste quesito, o que aflige quando se refere a infantes que têm cuidados complexos e frequentes.

No que concerne às redes de serviço para esta população infantil, ela se apresenta fragmentada e solitária, constituída por serviços de saúde de nível secundário e terciário, sendo quase que inexistentes na rede primária. (NEVES; CABRAL; SILVEIRA, 2013). Ou ainda, o apoio advindo para estas famílias, muitas vezes, está restrito aos familiares mais próximos, ou que residem nas adjacências do domicílio. (NEVES; CABRAL; SILVEIRA, 2013).

Destarte, a caracterização dos participantes da pesquisa apresentou maior destaque para CRIANES do gênero masculino, menores de seis anos, com dependência de tecnologia para sobreviver, com diagnóstico de agravos neurológicos e como principal cuidador familiar a mãe, fato que confirma o estudo de Mariani, Duarte e Manzo, ao identificarem o perfil sociodemográfico e clínico de crianças atendidas em um SAD no município de Belo Horizonte- MG, no ano de 2012. (MARIANI; DUARTE; MANZO, 2016).

Outro estudo, conduzido por Smith, Cheater, Bekker (2013), mostrou o impacto para a família ao conviver com uma criança em condição crônica a longo prazo. As principais dificuldades encontradas foram: lidar com as preocupações imediatas após o diagnóstico da criança, responder aos desafios de integrar as necessidades do infante na vida familiar e dificuldade de apoio na busca de informações e relações inefetivas com os profissionais de saúde. Tais situações podem ser fatores estressantes para uma rede de apoio ineficiente. (SMITH; CHEATER; BEKKER, 2013).

Aliado a isso, identifica-se que a inclusão da família no planejamento do cuidado poderá favorecer o aprendizado e a adaptação no manejo da criança. A enfermagem e a equipe multiprofissional poderão favorecer e incentivar os cuidadores familiares a identificar a rede de apoio social para os cuidados requeridos desde a internação até a transferência e permanência no domicílio. (BARBOSA et al., 2016).

Assim, seguindo as fases do MCTED, na Aproximação “a relação de cuidado já evoluiu, enfermeira e cliente/família/cuidador encontram-se mais à vontade na relação de cuidar, e várias formas de comunicação ocorrem. Há formação de vínculo e sentimento de confiança mútuo. (FAVERO, 2013, p. 152).

No cuidado prestado a todas as oito crianças e 12 familiares participantes deste estudo, foram atingidas as fases de Contato Inicial e Aproximação, mas cada uma delas apresentou particularidades: em algumas as fases evoluíram mais

rapidamente, em outras, tardaram mais acontecer, fato relacionado ao alcance de necessidades de ordem inferior e superior (definições de necessidades já foram citadas no referencial teórico deste estudo).

Para Rodrigues et al. (2016), nesta fase também ocorre a compreensão do contexto domiciliar, pois o ser que cuida necessita valorizar os fatores externos e ambientais bem como o conforto, a privacidade e a comodidade, visto que o ambiente e as energias que emanam dele são significativos coadjuvantes para a reconstituição.

Assim, acredita-se que, ao considerar os aspectos que contribuem para “criar um ambiente *healing*”, seja possível fazer com que ocorra um interesse mútuo na relação entre os envolvidos ao considerar os fatores do ambiente macro e micro do domicílio.

Estudo publicado em 2016, por Coe e Fulton, mostrou, por meio de uma teoria fundamentada nos dados, a construção social de quatro áreas distintas para a “enfermeira de atenção plena”, isto é, o ser que cuida, ao evidenciar o transpessoal, percebe novas formas de se relacionar nas próximas construções sociais; a negociação acontece, e novas formas de resolução de conflitos, diferentes visões de mundo fazem parte deste “novo ser”, influenciado pelo cosmos e sendo capaz de alumbrar esses espaços. (COE; FULTON, 2016).

Destarte, ao utilizar a Teoria do Cuidado Humano ou modelos de cuidado, foram criados ambientes de reconstituição (*healing*) em todos os níveis (LUKOSE, 2011), além de vivenciar a transcendência nestas ambiências, isto é, a presença autêntica, espiritualidade, amor, bondade, acredita-se na vivência de milagres e em apredizagens ao mesmo tempo em que exerce funções profissionais. (NORMAN; ROSSILLO; SKELTON, 2016).

Após a evolução das etapas Contato Inicial e Aproximação, descritas acima, a fase seguinte é denominada de Encontro Transpessoal, “nela ocorre a relação transpessoal, em que enfermeiro e cliente passam a ser somente um. Há união, mutualidade e harmonia. O ser que cuida se funde com o do ser cuidado e é nesse momento que o cuidado transpessoal acontece”. (FAVERO, 2013, p. 152).

Ao atingir esta etapa, “os envolvidos nesse processo encontram-se restaurados, transformados e envolvidos um com o outro. A união da mente-corpo-



espírito pode facilitar o restabelecimento da saúde e o alcance do processo de *healing*. (FAVERO, 2013, p. 153).

Trabalhos desenvolvidos por Vandenhouten et al. (2012), Olive e Isla (2015) mostram que a enfermeira, ao desenvolver o cuidado transpessoal, oferece compaixão para aliviar o sofrimento das famílias e, além disso, renova a si mesma. Destarte, por meio da consciência plena e de valores atenciosos, é que os seres cuidados são beneficiados em um ambiente de atendimento profissional, assim, a enfermeira pode transcender de forma gratificante, não apenas completar suas tarefas do cotidiano. (VANDENHOUTEN et al., 2012; OLIVE; ISLA, 2015).

Neste estudo, especificamente, foram abordadas, na maioria dos “Encontros Transpessoais”, questões envolvidas em crenças, espiritualidade, religiosidade, fé e esperança na melhora da criança. Desta maneira, considera-se importante saber honrar o que tem significado para o outro, proporcionar ambiente de reconstituição, respeitando as necessidades de ordem superior e inferior de cada um dos envolvidos, consentir que milagres possam ter lugar e significados e admitir o potencial metafísico e de transcendência. (TONIN et al., 2017).

Em relação a crianças vítimas de violência, observa-se em estudo realizado sobre cura espiritual, ao adotar a utilização de modelo conceitual e a teoria de enfermagem, especificamente a de Jean Watson, que há temas em evidência para atingir o *healing*, entre eles: a manutenção de tradições de fé espiritual; estar em comunidade espiritual, conexões com outros seres humanos e o transcendente; cultivar consciência através da oração, meditação, música, ioga, natureza e leitura de material espiritual exacerba a consciência do seu ser e também acreditar em uma universidade energética cósmica, propósito divino ou superior. (WILLIS et al., 2015).

Logo, entrar em um processo de transcendência e healing, ao referir-se à população infantil, requer considerar visões destinadas a cultivar práticas espirituais, ter consciência e facilidade ao amor e bondade, envolver crenças, experiências, percepções, expressões de uma consciência universal energética e cósmica de um poder superior e deixar-se envolver para que este encontro seja transpessoal. (WILLIS et al., 2015).

Neste trabalho, como já abordado nos resultados, com seis CRIANES e suas respectivas famílias, foi possível atingir o Encontro Transpessoal, com outras duas



não foi possível, uma por hospitalização e a outra por impossibilidade de evolução na relação. Assim, com cada família nos encontros que estabeleciam suas particularidades, elas foram concebidas e respeitadas. Na fase da Separação para aquela que não ocorreu de forma abrupta (necessidade de internação), foi feito preparo desde as fases iniciais, e para a que não foi possível evoluir, ocorreu preparo anterior à Separação.

Desta forma, a Separação, quarta e última etapa do MCTED, pode acontecer por diferentes maneiras, como já descrito, reiteram-se internação e óbito à definição. Para Rodrigues et al. (2016), esta fase representa amadurecimento entre os envolvidos, em que conhecimento, força e energia engrandecem e intensificam os acareamentos da vida.

Durante a aplicação do MCTED, foi passível perceber a importância de determinados pressupostos na ocasião de fases específicas, bem como as características identificadas em cada um dos conceitos e a utilização dos elementos do PCC em todas as fases, como já apresentado nos resultados desta dissertação.

Os elementos do PCC orientaram e guiaram a pesquisadora por todo o percurso da aplicação do MCTED, dando base e sustentação para evoluir a relação ou permanecer na fase com segurança.

Na atualidade, existem vários países e instituições de saúde que adotam a Teoria do Cuidado Humano e, em consequência, aplicam os elementos na prática para melhor satisfazer o ser cuidado, inclusive oferecer práticas seguras e creditações. (NORMAN; ROSSILLO; SKELTON, 2016; GREAVES; WATSON; KEEN, 2016; EMOTO; TSUTSUI; KAWANA, 2015; DURANT et al., 2015; SWENGROS et al., 2014).

Em estudo realizado por Lusk e Fater (2013), ao descrever uma análise de conceito para os elementos conforme Walker e Avant (2011), eles referiram que a terminologia remete a um cuidado centrado no paciente (ser humano) como uma estrutura organizada. Além disso, a enfermagem ao prover os cuidados incorporando no contexto dos elementos, incluirá autonomia, atendimento individualizado ao ser, adotará postura atenciosa (comunicar-se, ouvir, tratar o indivíduo como único), respeita crenças e atende às necessidades. (LUSK; FATER, 2013).

As consequências positivas para o ser cuidado quando os profissionais de enfermagem utilizam os Elementos do PCC estão implícitas em várias literaturas. (PAJNKIHAR; ŠTIGLIC; VRBNJAK, 2017; SANTOS et al., 2014; SIT et al., 2014; OZAN; OKUMUS, 2017).

Os resultados dos trabalhos enfatizam e mostram que podem ser de grande benefício para administradores e educadores de enfermagem utilizar os Elementos do PCC, que indicam quais fatores devem ser levados em conta para melhorar a satisfação, respostas às necessidades do ser cuidado e do profissional no seu local de trabalho. (PAJNKIHAR; ŠTIGLIC; VRBNJAK, 2017; SANTOS et al., 2014; SIT et al., 2014; OZAN; OKUMUS, 2017).

Neste íterim, ao aplicar o MCTED, orientado teórica e filosoficamente pela Teoria do Cuidado Humano, foi necessário verificar em que medida este modelo responde às necessidades de cuidado dos participantes deste estudo e, assim, foram verificados os dados apresentados no capítulo, resultantes desta dissertação.

Assim, o atendimento das necessidades permitiu fortalecimento de crenças, cuidado emocional, além de entender e viver que o olhar transpessoal engrandeceu e aprofundou a relação de cuidado em todo o processo. Uma necessidade pode ser definida como uma exigência de uma pessoa que, se for fornecida, alivia ou diminui o sofrimento imediato ou melhora o seu senso de adequação e bem-estar. (WATSON, 1979).

O conceito de saúde ideal é consistente com a hierarquia de necessidades humanas. (WATSON, 2008). Uma das suposições básicas para atender a elas durante o cuidado de Enfermagem é que o ser que cuida aceita uma pessoa não só como ela é agora, mas também como ela poderá se tornar. (TONIN et al., 2017). Esse suposto incorpora uma visão e uma apreciação das realidades de uma pessoa bem como suas potencialidades. (WATSON, 2008).

Essa abordagem permite a ordenação das necessidades humanas, mantendo um foco holístico-dinâmico. Toda pessoa tem necessidades que devem ser satisfeitas para crescer e desenvolver suas potencialidades. (WATSON, 1979). A enfermeira deve ser capaz de identificar e antecipar as necessidades que podem ser importantes para certos processos de saúde, sendo necessário que sempre avalie e considere o ponto de vista do ser cuidado, pois isto é primordial para ele naquele momento presente. (WATSON; SITZMAN, 2017).

As enfermeiras têm a honrada posição de entrar no ambiente físico-ambiental privado de outra pessoa, bem como ter acesso ao seu espaço sagrado e íntimo de vida. (WATSON, 2008). À medida que o ser que cuida desempenha essas funções básicas de necessidade com uma consciência “caritas”, pode ser considerada como talvez “um presente perfeito para essa pessoa”, pois ela traz o espírito para o plano físico, ajuda o outro a ter espaço para “morar” no seu corpo bem como no ambiente institucional. (WATSON, 1979).

Esta consciência faz novas conexões entre necessidades básicas e envolve necessidades espirituais, conscientemente de que cada ato físico toca o espírito da pessoa e faz a diferença na sua vida naquele momento. (WATSON; SITZMAN, 2017).

Essas necessidades humanas mais profundas e em evolução, além da sobrevivência física, abrangem o humano de uma maneira unificada que expande e aprofunda nosso ser e o estar no mundo. (RAMEZANI et al., 2014; WATSON; BREWER, 2015).

Assim, a prática do cuidado ao elemento do PCC-9, “Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando “o cuidado humano essencial”, potencializa o alinhamento mente-corpo-espírito, a totalidade e unidade do ser em todos os aspectos do cuidado”. (WATSON, 2008, p. 143). Combinada com os outros elementos, ajuda a satisfazer as necessidades de ordem superior e a fornecer uma essência do cuidado transpessoal para a enfermagem, em última análise, busca cuidados de saúde de qualidade. (WATSON; BREWER, 2015).

Desta forma, torna-se importante para o papel da enfermagem o atendimento às necessidades em suas atividades diárias, além de facilitar seu crescimento e desenvolvimento. Embora possa parecer abrangente, a principal função da prática do cuidado depende do sucesso ou do fracasso de ajudar os outros em seus esforços para satisfazer o que o ser cuidado precisa. (WATSON, 2008).

Ao mesmo tempo, algumas categorizações podem ser feitas sobre as necessidades humanas, segundo Jean Watson, para fins de estudo e prática. Mas, independentemente de como são ordenadas ou posicionadas, elas operam de modo interdependente. (WATSON, 1979; WATSON, 2008).

Uma necessidade nunca pode ser completamente separada de outra, elas operam dinamicamente em um todo, são igualmente importantes para os cuidados de enfermagem de qualidade e para a promoção de uma saúde ideal. (WATSON,

2008). Apesar da maneira hierárquica em que são apresentadas, todas devem ser valorizadas e consideradas, isto é, as concretas (biológicas, funcionais, de sobrevivência e de ordem inferior), bem como as abstratas (psicossociais, inter-intrapessoal, integradoras e de ordem superior). (WATSON, 1979).

Watson (1979) explica que esta distinção entre as necessidades de ordem inferior e superior foi feita com a intenção de reconhecer a autorrealização (*healing*) como a última necessidade humana. “Considero que o nível mais alto de saúde é um estado subjetivo de reconhecimento de consciência de suas próprias necessidades, comportamentos, desejos e motivações, e a realização de controle sobre as ações”. (WATSON, 1979, p. 198).

Contudo, para o ser que cuida ser capaz de promover a transcendência e o *healing*, deve estar atento às necessidades de ordem inferior e às de ordem superior, no momento presente e, inclusive, antevê-las. (WATSON; SITZMAN, 2017).

Assim, para cada fase do MCTED, necessidades foram atendidas e apareceram com maior frequência, da mesma maneira com que os tipos de cuidado foram utilizados e apontados em cada etapa.

Destarte, as tipologias de cuidados que apresentaram maior destaque foram para o cuidado recíproco e reconstrutivo, fato que corrobora os estudos de Ozan, Okumus (2017), Tektas, Çam (2017), Ozan, Okumus, Lash (2015), Elbahnasawy, Lawend, Mohammed (2015), que, ao utilizarem a Teoria do Cuidado Humano como referencial teórico, observaram que a enfermeira, ao realizar o cuidado de forma transpessoal, desenvolve a capacidade de observação do humano em si mesma e nos seres cuidados, para reconhecer o ser em sua essência, melhora a afetividade e isto implica um cuidado amoroso, reconstrutivo e recíproco às pessoas, familiares, demais colegas e à sua própria pessoa.

Então, por meio da Teoria do Cuidado Humano, a enfermeira desenvolve criatividade para tomar decisões concretas sobre os cuidados, ouve atentamente assuntos que são importantes para a pessoa, para aprofundar as necessidades que se relacionam com a condição de saúde e a vida futura e isto é complementado pelo olhar atento tanto em sua própria corporeidade, expressões, como ao do ser cuidado e da família facilitando o entendimento da relação entre os envolvidos. (RODRIGUEZ et al., 2017; OZAN; OKUMUS, 2017).

Estes recursos identificados durante a aplicação do MCTED e aqueles que o compõem reforçam sua fundamentação e adequação para atender à população infantil com necessidades especiais de saúde e suas famílias.

Destaca-se a importância do suporte legal e da criação de políticas públicas específicas a esta população, para que tenha amparo e uma assistência de qualidade. (ALVES et al., 2014). No Brasil, perpetua-se um processo de judicialização assistencial para que as famílias destes infantes consigam ofertar ao menos condições mínimas de sobrevivência junto às instituições de saúde (ALVES et al., 2014).

Corroborando Okumura, Saunders e Rehm (2015) afirmam que os profissionais de saúde, especialmente os de enfermagem, devem atuar como “advogados”, isto é, defender, para ajudar as CRIANES e seus familiares na transição, particularmente para utilizar os serviços de saúde comunitários ou os de alta complexidade.

Assim, este grupo de infantes, por definição, usa mais serviços de saúde complexos do que outras crianças e incorre inevitavelmente em custos maiores por pessoa. (BACHMAN; COMEAU; LONG, 2017).

As questões para políticas de atenção a esta população incluem melhorar as condições especiais de cuidados, influenciar de maneira positiva na perspectiva do curso de vida, delimitar investimentos específicos para esta população infantil, verificar o potencial para exacerbar as desigualdades existentes como o aumento de dificuldades financeiras pelos seus familiares ao terem que abandonar o seu trabalho para cuidar de seus filhos. (BACHMAN; COMEAU; LONG, 2017).

Dessa forma, fica evidente o quanto precisam evoluir as práticas de saúde e políticas públicas orientadas a essas crianças, para diminuir a sobrecarga da família e amparar de maneira deliberativa em todas as necessidades de saúde/doença desse grupo infantil. (ALVES et al., 2014).

Isto posto, reforça-se a concepção de que a vivência de cuidar de uma CRIANES é multifacetada e complexa, o que pode mostrar uma ferramenta potencial para auxílio do profissional, a utilização do MCTED, e, assim, mostrar influência para o bem do trinômio criança-família-profissional.

Portanto, ao aplicar o MCTED, que direciona para o cuidado transpessoal, busca-se atender às necessidades das famílias e das crianças em CD com as suas especificidades. Desta maneira, Elbahnasawy, Lawend, Mohammed (2016) orientam

a importância de utilizar a Teoria do Cuidado Humano para crianças com cuidados intensivos e fornecem evidências para o emprego desta teoria para diferentes departamentos e em várias instituições.

Esta situação, porém, não é uma divergência do encontrado nesta dissertação, mostrando-se suplementar. Aqui as reflexões sobre o papel da Teoria bem como da orientação para o cuidar representam uma estratégia para a vivência do cuidado transpessoal e, assim sendo, acompanham todo o processo de aplicação do MCTED.

Percebeu-se que os conceitos, pressupostos, elementos do PCC e fases, atendem as necessidades de cuidado dos infantes e das suas famílias, além disto, demonstrou ser uma estratégia para facilitar o cuidado na vivência do contexto domiciliar.

Discute-se sobre os conceitos que fazem parte do referido modelo Saúde, Ser Humano, Enfermagem, CD, Cuidador, Família, Ambiente, Contexto Domiciliar, que apresentam uma definição teórica com atributos definidores conforme preconizado por Walker, Avant (2011), apresentados no capítulo referencial teórico desta dissertação, com suas características identificadas durante a aplicação, retratadas nos resultados.

Ainda sobre os componentes estruturais de modelos de cuidado, as similaridades encontradas na literatura versam sobre modelos construídos com o objetivo de acelerar a transferência da pesquisa para a prática e promover autonomia, liderança e compromisso entre enfermeiros e demais colegas da equipe multiprofissional. (McEWEN; WILLS, 2014).

A enfermeira, ao utilizar modelos de cuidado, apresenta a habilidade de perceber e identificar as necessidades do ser humano, sejam elas biológicas, psicossociais e espirituais, conseqüentemente, torna-se cuidadora de uma pessoa, família ou comunidade, ao fornecer ajuda de forma explícita, ou simplesmente identificar um problema relacionado à saúde. (OLARTE, 2016).

Destarte, o cuidado humano não é uma simples emoção, preocupação ou um desejo bondoso, cuidar é o ideal moral da enfermagem (WATSON, 2002) e o seu resultado ou produto é gerar proteção, engrandecimento e preservação da dignidade humana. (RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ et al., 2014).

Assim, como identificado neste estudo, implica valores, desejos e compromisso de cuidar, conhecimento e ações de cuidado, pode ser considerado

ainda um ato individual quando adquire autonomia e, de igual maneira, é uma ação de reciprocidade que se tende a dar a uma pessoa quando ela requer ajuda para assumir suas necessidades vitais, além de manifestar desejos e compromissos de cuidar, conhecimento e ações de cuidado. (RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ et al., 2014).

Por meio de um espírito de receptividade ou coragem de experimentar o desconhecido, aliado a atitudes de responsabilidade, há uma oportunidade de se relacionar autenticamente. A interação que a enfermagem desenvolve não é limitada no espaço e no tempo, a internalização desta experiência agrega algo novo à visão angular de cada pessoa. (OLARTE, 2016). Isso reflete a dimensão espiritual da pessoa, que transcende os fenômenos físicos do espaço e do tempo e vive na realidade do seu tempo interior. (WATSON, 2012).

Na aplicação do modelo proposto, corroborando Olarte (2016), a imersão na experiência intersubjetiva e no processo fenomenológico em que a enfermeira se envolve ajuda a orientar o intercâmbio entre o ser cuidado e ela, o que opera em conjunto todas as suas características profissionais e pessoais (valores, princípios, educação, habilidades, experiências de vida etc.) e integra-a em sua ação, orientada pelo seu papel profissional, ético e de competências. (OLARTE, 2016).

Ortiz et al. (2015), ao construírem e validarem um modelo de cuidado para abordar a carga de trabalho em enfermidades crônicas, referem que o cuidado implica a interação de ambos os sujeitos envolvidos em um contexto, com um objetivo final de se desenvolverem como pessoas e crescerem em sua capacidade como cuidadores. Contudo, este cuidado deve buscar melhorar o bem-estar e ser bem-intencionado, deve ser seguro, confiável, teoricamente avançado, tecnicamente sólido e mostrar suscetibilidade de melhorar a cada relação. (ORTIZ et al., 2015).

Isto posto, reforçam-se os cuidados e as formas em que se realizam, ajudam a aumentar ou a reduzir o poder de descobrir o mundo, de entendê-lo, pode significar um poder libertador da enfermagem quando a pessoa utiliza a jurisdição que lhe é dada para mobilizar tudo aquilo que o outro ainda não é capaz de fazer, incluindo seus desejos, desenvolve e aumenta a esperança de existir, de alcançar a autonomia, de reconhecer seus conhecimentos, permitindo ao profissional ter um poder terapêutico para com o próximo. (RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ et al., 2014).

Portanto, para cuidar, deve haver respeito ao outro, segundo suas próprias necessidades e suas expectativas. É considerado importante conhecer a satisfação



do ser cuidado pela percepção da atenção, com base nas necessidades, tanto fisiológicas como espirituais. (BRAVO; TORO, 2015).

Diante da complexidade e da importância dos cuidados emergidos por meio de aplicações de modelos, faz-se necessário destacar a importância dos seus componentes estruturais (pressupostos), os quais proveem uma metodologia de articulação reflexiva, podem ser identificados ainda como uma ponte entre a teoria e a prática ao dar um guia amplo de diálogo entre os vários cenários de aplicação. (OLARTE, 2016).

Diante disto, ao utilizar os pressupostos do referido modelo, identificou-se que o pensamento se centra no cuidado ético do outro e em si mesmo, perante uma condição humana que pode ser vulnerável, porém, com potencialidades de desenvolver-se, pois o ser que cuida assume esta responsabilidade com um valor que implica um conhecimento amplo, profundo e reflexivo sobre cada uma das formas de manifestações de cuidado propostas.

E além disso, o suporte teórico é dado pela utilização dos Elementos do PCC, ao considerar que para definir melhor as responsabilidades sociais, éticas da enfermeira e explicar as implicações do cuidado humano, é necessário apoiar-se nos dez elementos que aprofundam em aspectos filosóficos, transpessoais, éticos, espirituais e metafísicos. (WATSON, 2008).

Para Ortiz et al. (2015), estes suportes teóricos, advindos das estruturas internas dos modelos, geram, por sua vez, maior habilidade de cuidado e melhor qualidade de vida. Concebe-se um círculo virtuoso entre a maior competência e o suporte social, de maneira que quanto mais hábil é o sujeito de cuidado, maior é o aproveitamento para o ser. (ORTIZ et al., 2015).

Ao longo de várias décadas, os estudiosos têm tentado englobar aspectos sociais e de cuidados em teorias e modelos de enfermagem que visam a orientar a prática e fornecer uma plataforma em currículos e pesquisa, promovendo, assim, o desenvolvimento do conhecimento profissional. (McCRAE, 2012).

Em estudo realizado na Turquia sobre o uso de teorias de enfermagem e modelos de cuidado por estudantes de pós-graduação durante seus relatórios de pesquisa, verificou-se que, ao testar os modelos, puderam eliminar suas deficiências e criar uma linguagem teórica adequada. (METE; ISBIR, 2014).

Além disto, apontaram as principais dificuldades na aplicação dos temas referidos: considerou-se abstrata a vivência para aqueles estudantes e/ou



orientadores que estariam utilizando pela primeira vez; desenvolvimento em outras línguas estrangeiras; teorias e modelos que não são utilizados no atendimento para o ser cuidado; incapacidade de acessar livros didáticos ou artigos que pudessem favorecer orientações; alguns profissionais acreditam que seja desnecessário sua utilização; falta de ferramentas de medição para testar teorias e modelos; falta de *experts* na área; e número limitado de periódicos. (METE; ISBIR, 2014).

Contudo, receber suporte de pesquisadores experientes, comunicação com pessoas que já usaram um determinado modelo, comunicação com associações relacionadas a uma determinada teoria, leitura de livros, artigos, competência dos orientadores para direcionar os discentes a oferecerem atendimento, contexto, experiência e escrever artigos sobre o assunto foram considerados fatores que contribuem para a aplicação dos temas supracitados. (METE; ISBIR, 2014).

Além disso, esta experiência possibilita a compreensão e explica algumas situações ao se direcionar para o uso de métodos diferentes dos convencionais em pesquisa e prática de enfermagem. (PATE, 2011).

Neste contexto, os orientadores observaram que o uso de teorias e modelos ajudaram os pós-graduandos a estudar assuntos em detalhes, a adquirir um ponto de vista filosófico, fazer análises e sínteses, pensar sistematicamente e melhorar suas habilidades para oferecer cuidados holísticos. (METE; ISBIR, 2014).

Apesar de todas as dificuldades encontradas, outra questão de destaque é demonstrar que teorias e modelos auxiliaram os orientadores a guiar seus orientados na sequência das etapas de pesquisa, com uma linguagem teórica comum a todos. (METE; ISBIR, 2014). Com tal característica, utilizar modelos e teorias pode ser benéfico tanto para melhorias estruturais de componentes teóricos, responder a necessidades de cuidado, como também pode ajudar na condução de pesquisa como um guia valioso em cada uma de suas etapas. (McCRAE, 2012).

Ressalta-se que a aplicação de componentes teóricos e metodológicos nos cuidados de enfermagem é necessário para se fortalecer, por isto, é fundamental continuar a incorporar o conhecimento com novas estratégias baseadas em evidências científicas e instrumentos teóricos. (COWDEN; CUMMINGS, 2012).

Desta maneira, a produção de instrumentos, modelos explicativos e estudos que advogam as teorias de enfermagem, atrelados à aplicação na prática, são cada vez mais importantes, pois oportunizam sustentáculo teórico para a atuação

profissional e auxiliam nas transformações do mundo contemporâneo. (MORALES-AGUILAR; PARDO VÁSQUEZ, 2016).

Vale observar, em vista dessas percepções discutidas, que tanto profissionais da academia como da prática devem ser direcionados para a aplicação e para pesquisa baseada em teoria e modelo, possibilitando, assim, arcabouço teórico, linguagem universal para comunicação entre enfermeiras e amadurecimento profissional.

## 7 REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO VIVIDO

Durante o desenvolvimento desta dissertação, encontrei algumas dificuldades e até fragilidades profissionais, que me exigiram aprofundamento em referências teóricas e metodológicas. Por ser a primeira vez que entrava em contato com a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, havia necessidades de cuidado na visão da teoria, tipologias de cuidado e no modelo de cuidado, tendo sido utilizada por mim a pesquisa-cuidado. O que me era familiar até ingressar no mestrado foi o trabalho com crianças e o CD, porém as autoras do MCTED foram as orientadoras que junto com as discussões contruídas no NEPECHE me fortaleciam e isto me deixava tranquila durante a realização de cada etapa do modelo.

Além disto, até a realização do estudo piloto (outubro a novembro de 2016), considerava abstrata ainda a vivência da utilização do modelo de cuidado, do cuidado transpessoal, construção de instrumentos de pesquisa e ainda a utilização de diários na pesquisa-cuidado. Isto me levou a procurar literaturas nacionais e internacionais para me aprofundar nos temas, e como resultado, foi construído o primeiro artigo desta dissertação (APÊNDICE 1).

Assim, considero estas limitações como profissionais (externas), não como relacionadas à estrutura interna do MCTED. A seguir, identifico algumas fragilidades do modelo percebidas durante a aplicação e que foram discutidas com as autoras e com o grupo de pesquisa NEPECHE.

Todos os pressupostos e fases são imprescindíveis para o CD e principalmente para responder às necessidades das crianças e suas famílias. O Pressuposto 4 (Cuidado transpessoal, que envolve dois ou mais seres unidos em um mesmo propósito, envolvem-se mutuamente e são modificados física, mental e espiritualmente, tanto que passam a viver restaurados e impregnados um do outro), durante a construção do MCTED, foi proposto pela autora Favero (2013) que ele fosse utilizado no Contato Inicial. Durante a aplicação, ele mostrou destaque para a fase do Encontro Transpessoal, logo, sugiro que, nas próximas aplicações, o pressuposto 4 seja empregado com ênfase na terceira etapa.

Outro item de importante destaque percebido durante a coleta de dados ocorreu na segunda fase, Aproximação, além da utilização dos pressupostos 6, 8, 2 e 3, conforme preconizado por Favero (2013). Recomendo acrescentar os pressupostos 5 e 7, pois, como citado nos resultados, darão sustentação para a

próxima etapa, Encontro Transpessoal, ou os envolvidos podem demorar-se nesta fase, mas o ser que cuida terá fortalecimento para seguir seu cuidado.

Na terceira etapa, denominada de Encontro Transpessoal, assim como descrito (FAVERO, 2013), ocorre a utilização de todos os pressupostos, entretanto, os que mais apresentaram distinção para esta fase foram os pressupostos 1 e 4, que, de fato, possibilitam o cuidado transpessoal e a reconstituição (*healing*) entre os envolvidos. Assim, para as próximas aplicações, a enfermeira poderá melhor atingir o cuidado transpessoal ao utilizar os pressupostos 1 e 4.

A última etapa, denominada de Separação, conforme descrito por (FAVERO, 2013, p. 153), “pode acontecer de duas maneiras”, conforme descrito a seguir: quando o cuidado transpessoal efetivamente aconteceu; por solicitação do profissional ou do cliente/família/cuidador; não evolução da relação de cuidar e, assim, impossibilidade de alcançar a terceira etapa; ou recuo durante as fases anteriores; necessidade de suporte de outros profissionais; de melhor preparo da Enfermeira e do cliente; além de internação e óbito.

Outro item importante a destacar foi o nível de entendimento por mim acerca dos pressupostos elaborados por Favero (2013) durante o desenvolvimento de sua tese, como já citado nesta dissertação, quando ocorreu a necessidade de realizar o instrumento “Apêndice 2- Manifestações dos pressupostos envolvidos no MCTED”, com o objetivo de decodificar para melhor entender o que foi proposto na realização dos pressupostos e, assim, melhor certeza da correta utilização de cada um.

Corroborando a definição de Meleis (2012), pressupostos são verificações, observações que descrevem conceitos teóricos, aceitos como verdadeiros, confiáveis, seguros, declarados como certos de teorias e que representam crenças, valores ou propósitos, finalidades. Assim, após utilização de cada um deles, declaro que são verdadeiros, fidedignos em sua estrutura teórica (composição), e as sugestões de melhorias estão relacionadas com a organização em cada uma das etapas, conforme descrito acima.

Conforme exposto, quando pressupostos são provados, eles se tornam proposições, afirmações que podem ser definidas como declarações sobre a realidade, relações entre eventos ou ações e podem evoluir para caracterizar o domínio de um conceito. (MELEIS, 2012).

Por consequência, acredito na evolução destes pressupostos para possíveis proposições, talvez em pesquisas futuras elaboradas pelo grupo de pesquisa

NEPECHE, também sugiro o desenvolvimento de formas para registrar o cuidado prestado por meio do MCTED, como sistemas informatizados e/ou aplicativos.

Destaco também a importância de a enfermagem se apropriar de modelos de cuidados, pois assim teremos uma evolução disciplinada, do contrário, estaremos sempre trabalhando com modelos de outras disciplinas que nos levam à dependência.

Porém, para que os modelos de enfermagem sejam úteis, é necessário que respondam às realidades e aos contextos nos quais são empregados, e a utilização daqueles que não contemplam a realidade social de uma comunidade está encaminhada ao fracasso. (SÁNCHEZ-LÓPEZ; GIMÉNEZ; ECHEVARRÍA, 2016).

Por consequência, considero como potencialidade do MCTED, ser construído para a população que está em CD, envolver a realidade e considerar as especificidades e particularidades de cada ambiente. Possibilita uma evolução na relação e, assim, sustentação para a enfermeira avançar na realização do seu cuidado. E na medida em que esta relação vai sendo construída, as necessidades vão sendo identificadas e atendidas, conforme já descrito. No início da relação, são as necessidades de ordem inferior (concretas), que, progressivamente, irão caracterizar-se como sendo de ordem superior (abstratas).

No decorrer da sua aplicação, descobriu-se que o processo de avaliação de modelos de cuidado não é simples, no entanto é fundamental que sejam avaliados, para propiciar entendimento de quem os analisa e o desejo de permanecer como movimento de implementação e reformulação. (ROCHA, 2008). Desse modo, sugiro, para trabalhos futuros, uma possível avaliação da aplicação do MCTED com base no instrumento proposto por Rocha (2008).

Embora tenha necessitado de alguns ajustes, construção de instrumentos e reorganização dos pressupostos, considero, com base na aplicação realizada, que o MCTED pode ser considerado um modelo de atendimento para a enfermagem, ou ainda, estender-se a outras áreas em que amor, cuidado e espiritualidade estejam envolvidos.

Também acredito que este modelo possa ser útil para ensinar sobre o CD nas instituições de ensino, além de orientar e vivenciar a aplicabilidade da Teoria do Cuidado Humano, o que pode ser muito importante para que enfermeiros da prática compreendam o cuidado transpessoal em profundidade e consigam aplicá-lo no cotidiano.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu responder ao objetivo principal, o qual é confirmado, visto que obteve resultados significativos ao aplicar os componentes estruturais do modelo e responder às necessidades de cuidado das CRIANES e famílias envolvidas, além de contribuir para a construção do conhecimento na área da enfermagem e saúde, fortalece a prática profissional e apresenta relevância para a sociedade, visto apresentar informações que podem auxiliar e embasar a prestação de cuidados no domicílio.

Ao desenvolver esta aplicação, apresentei todas as fases do modelo, como os pressupostos, conceitos e elementos do PCC, que podem ser utilizados na prática, e como estes componentes teóricos podem responder às necessidades de cuidado das CRIANES e suas famílias.

Assim, foram identificadas algumas considerações para futuras pesquisas. Ponderando que o processo de avaliação de modelos de cuidado é algo complexo, sugiro avaliar sua aplicação, verificar a possibilidade de evolução dos pressupostos para possíveis proposições teóricas e o desenvolvimento de uma Teoria de Médio Alcance para a Enfermagem Domiciliar, além de considerar imprescindível o desenvolvimento de formas para o registro do cuidado pelo MCTED, como instrumentos informatizados e/ou aplicativos.

Como demonstrado, esta aplicação foi feita com apenas uma população específica, as CRIANES e suas famílias, que aponto como uma possível limitação deste estudo, exigindo novas replicações com diferentes participantes e imprescindível avaliação.

Viver este estudo e utilizar o referencial teórico me proporcionou encontrar várias possibilidades de agir durante minha atuação como profissional da Enfermagem e como ser humano, modificou meu modo de pensar e perceber o outro no seu campo fenomenológico, além de me aproximar do cuidado domiciliar e, assim, da realidade do ser cuidado e da sua família e me fazer refletir e repensar sobre minha trajetória profissional vivenciada até aqui.

Durante a aplicação do MCTED e após, experimentei o cuidado humano em minhas próprias experiências pessoais (internas) e entendi meu trabalho profissional em outro nível de abstração, podendo afirmar que minha jornada de vida, de alma atingiu um propósito de aprendizagem que transcendeu meu mundo profissional.

E assim manifesto a necessidade de conectar com aquele que é maior, a uma fonte superior com um senso de admiração em relação aos mistérios e à maravilha da vida, de autoentrega ao outro, seja a própria humanidade, a natureza, o espírito ou um Universo Divino.

Conclui-se acreditando que o processo da pesquisa e os resultados alcançados reafirmam o MCTED e a sua eficácia às CRIANES e suas famílias, bem como à Enfermagem Domiciliar. É um instrumento que orienta o trabalho da enfermagem, sistematiza e fortalece o cuidado humano profundo e envolve toda a dimensão metafísica e de transcendência.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS (IBEP). **Dicionário Escolar da Língua Portuguesa**. São Paulo: Editora IBEP, 2016.

ALLIGOOD, M.R. Philosophies, Models, and Theories: Critical Thinking Structures. In: ALLIGOOD, M.R.; TOMEY, A.M. **Nursing Theory: utilization and application**. 3 ed. Missouri: Mosby Elsevier, 2006. p. 43-65.

ALVES, G.V. et al. Children with special health needs of a municipality of minas gerais: a descriptive study. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**., Divinópolis, v. 3, n.4, p.1310-1321, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/778/768>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

AMADEU, M.S.U. dos S.et al. Manual de normalização de documentos científicos de acordo com as normas da ABNT. Curitiba: Ed. UFPR, 2015.

AMORIM, A. C. C. L. A. et al. Assistência de Enfermagem a uma família atendida pelo programa de internação domiciliar do Distrito Federal fundamentada no planejamento estratégico situacional e Modelo Calgary. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**., Brasília, v.6, n. 1, p. 715-29 715, 2015. Disponível em:<<file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/928-6282-1-PB.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2016.

AUSSERHOFER, D. et al. The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross-sectional survey. **International journal of nursing studies**, San Francisco/USA, v.50, n.2, p. 240-252, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/120cience/article/pii/S0020748912001459>>. Acesso em: 01 set. 2017.

AZNAR, R. M. **Estudio de aspectos éticos em cuidados paliativos desde la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson**. 2016. 457p. Tese (Doctorado em Enfermería Clínica y Comunitaria) – Universitat de Valencia, Valência, Espanha, 2016. Disponível em:<<http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/54082/Tesis%20doctoral.%20%20Impresi%C3%B3n%20definitiva.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BACHMAN, S. S.; COMEAU, M.; LONG, T. F. Statement of the Problem: Health Reform, Value-Based Purchasing, Alternative Payment Strategies, and Children and Youth With Special Health Care Needs. **Pediatrics**, Illinois / USA, v. 139, supl.2, p. S89-S98, 2017. Disponível em: <[http://pediatrics.aappublications.org/content/139/Supplement\\_2/S89](http://pediatrics.aappublications.org/content/139/Supplement_2/S89)>. Acesso em:15 set. 2017.



BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A.L. The Circularity of the Processes of Caring and Being Cared For in Shaping the Care for "the We. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra / POR, v.4, n.7, p. 11-20, 2015. Disponível em: <<https://search.proquest.com/openview/c16e63e968bdf6e90aa26dfdce81a2f7/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2042208>>. Acesso em: 24 jul. 2016.

BARBOSA, T. A. et al. Support network and social support for children with special health care need. **Northeast Network Nursing Journal** [on-line], v. 17, n. 1, p. 60-66, 2016. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2195>>. Acesso em: 01 set. 2017.

BECERRIL, L.E. et al. **Cuidado profesional de enfermería**. Guadalajara: Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería (FEMAFEE), 2010.

BELLAGUARDA, M. L. R. et al. Enfermagem profissão: seu status, eis a questão. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, e8591, 2016. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/8591>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

BERNARDI, M.C. **Poder vital de puérperas no domicílio: A enfermeira utilizando o Modelo de Cuidado de Carraro**. 2011. 153 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/95408/298605.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

BEUSEKOM, I. V. et al. Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: a literature review. **Critical Care** [online], v. 20, n. 1, p. 16, 2016. Disponível em: <<https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-016-1185-9>>. Acesso em: 02 set. 2017.

BOUDREAU, A.A. et al. Care coordination and unmet speciality care among children with special health care needs. **Pediatrics**., Illinois / USA, v.133. n. 6, p. 1043-1056, 2014. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2014/05/20/peds.2013-2174>>. Acesso em: 27/04/2017.

BORGES, M. S.; SANTOS, D.S. Caring field: a quantum and transpersonal approach to nursing care. **Cienc Cuid Saude**., Maringá, v. 12, n. 3, p. 606-611, 2013. Disponível em: <[http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17159/pdf\\_54](http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17159/pdf_54)>. Acesso em: 01 out. 2016.

BOWERS, B. J. Inter-generational caregiving adult caregivers and their aging parentes. **Advances Nursing Science**., Philadelphia/ USA, v. 9, n.2, p. 20-31, 1987. Disponível em: <[http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/1987/01000/Intergenerational\\_caregiving\\_\\_adult\\_caregivers\\_and.6.aspx](http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/1987/01000/Intergenerational_caregiving__adult_caregivers_and.6.aspx)>. Acesso em: 02 abr. 2017.

BRAMLEY, L.; MATITI, M. How does it really feel to be in my shoes? Patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses. **Journal of clinical nursing** [online], v. 23, p. 2790-2799, 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12537/full>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento\\_desenvolvimento.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf)>. Acesso em: 02 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no Âmbito do SUS. **Ministério da Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529_19_10_2006.html)>. Acesso em: 05 maio 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf)>. Acesso em: 08 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 2 v. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD\\_VOL1\\_CAP4.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL1_CAP4.pdf)>. Acesso em: 17 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [recurso eletrônico]. 9 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012b. Disponível em: <[http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto\\_crianca\\_adolescente\\_9ed.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf)>. Acesso em: 02 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF; 12 dez. 2012c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 20 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Série Melhor em casa - A segurança do hospital no conforto da sua casa, v.2.).

BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 de março de 2016, Seção 1, p. 1, 2016a. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2016/lei-13257-8-marco-2016-782483-publicacaooriginal-149635-pl.html>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 25 de abril de 2016, 2016b. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html)>. Acesso em: 05 dez. 2016.

BRAVO, A.I.D.; TORO, M.E.N. El acto de cuidado de enfermería como fundamentación del quehacer profesional e investigativo. **Avances en Enfermería** [online], v. 33, n. 3, p. 412-419, 2015. Disponível em:

<<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/42015/54814>>. Acesso em: 17 set. 2017.

BRITO, M.J.M. et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 603-610, out./dez. 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0603.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2016.

BRONDANI, C.M. et al. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 504-10, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a12v19n3>>. Acesso em: 05 abr. 2016.

CABRAL, I.E.; MORAES, J.R.M.M.; SANTOS, F.F. O egresso da terapia intensiva neonatal e a demanda de cuidados especiais. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.211-8, 2003. Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127717991009.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2016.

CARDIM, M.G.; NORTE, M.S.; MOREIRA, M.C.N. Accession of children and adolescents to anti-retroviral therapy: strategies for care. **Rev Pesqui Cuid Fundam** [online], v.5, n. esp, p.82-4, 2013. Disponível:

<[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000098&pid=S0120-5307201500030001300013&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000098&pid=S0120-5307201500030001300013&lng=en)>. Acesso em: 02 ago. 2016.

CARDOSO, M.J.S.P. et al. **Promover o bem-estar do familiar cuidador programa de intervenção estruturado**. 2011. 253 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal, 2011. Disponível em:

<<http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9756>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

CARRARO, T.E. Enfermagem: de sua essência aos modelos de assistência. In: CARRARO, T.E.; WESTPHALEN, M.E.A. **Metodologia para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia (GO): AB, 2001.

CARRARO, T.E. Editorial: Métodos, modelos e modos de cuidar em Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p.153-154, abr./jun. 2005.

CARTER, B. et al. "Knowing the Places of Care": How Nurses Facilitate Transition of Children with Complex Health Care Needs from Hospital to Home. **Comprehensive Child and Adolescent Nursing** [online], v. 39, n. 2, p. 139-153, 2016. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01460862.2015.1134721>>. Acesso em: 01jul.2017.

CARVALHAIS, M., SOUSA, L. Qualidade dos cuidados domiciliares em enfermagem a idosos dependentes. **Saúde Soc.** [on-line], v.22, n.1, p.160-172, 2013. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/sausoc/article/view/76418/80125>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

CELESTINO, R et al. Um marco conceitual da clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v 23, n. 5, p.837-845. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281442225009>>. Acesso em: 23 out. 2017.

COE, D.; FULTON, J. Social arenas of caring practice. **Journal of Ethnographic & Qualitative Research** [online], v.11, n.1, p. 32-54, 2016. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/John\\_Fulton/publication/309585641\\_Social\\_arenas\\_of\\_caring\\_Practice/links/5818869208ae50812f5da01f.pdf](https://www.researchgate.net/profile/John_Fulton/publication/309585641_Social_arenas_of_caring_Practice/links/5818869208ae50812f5da01f.pdf)>. Acesso em: 07 jul. 2017.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Tradução de: ABECASIS, M.L.B. Lisboa (PT): Lidel, 1999.

COMARU, N.R.C; MONTEIRO, A.R.M. O cuidado domiciliar à criança em quimioterapia na perspectiva do cuidador familiar. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 423-30, set. 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6770/4074>>. Acesso em: 31 ago. 2016.

COWDEN, T.L.; CUMMINGS, G.G. Nursing theory and concept development: a theoretical model of clinical nurses' intentions to stay in their current positions. **J Adv Nurs** [Internet], v. 68, n.7, p.1646-57, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22256884>>. DOI: 10.1111/j.1365-2648.201105927.x. Acesso em: 02 jul. 2017.

CUNHA, M. S.; SÁ, M.C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v.17, n.44, p.61-73, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a06v17n44.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CUNHA, M.C. **Cuidado Transpessoal em Enfermagem no domicílio: um modelo de atenção às vítimas de acidente de trânsito**. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional) Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, 2016.

CURITIBA. **Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba** (FEAES), [201-]. Disponível em: <<http://www.feaes.curitiba.pr.gov.br/index.php/unidades/servico-de-atencao-domiciliar>>. Acesso em: 07/08/2016.

DAVIS, A.M. et al. Transition care for children with special health care needs. **Pediatrics**, Illinois / USA, v. 134, n. 5, p. 900-908, 2014. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/134/5/900.short>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

DILLON-WALLACE, J. A.; MCDONAGH, S. H.; FORDHAM, L. A. Maternal employment, work experiences, and financial well-being of Australian mothers who care for young children with special health care needs. **Journal of Family Issues** [online], v. 37, n. 3, p. 299-320, 2016. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0192513X14561522>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

DOSSEY, B.M. Nursing: Holistic, integral, and integrative—local to global. In: DOSSEY, B.M., KEEGAN, L. (Ed.), **Holistic nursing: A handbook for practice**. 7 ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett, 2016. p. 3-52.

DURANT, A.F. et al. Caring Science: Transforming the Ethic of Caring-Healing Practice, Environment, and Culture within an Integrated Care Delivery System. **Perm J**. [online], v. 19, n.4, p. e136-42, 2015. Disponível em: <<http://www.thepermanentjournal.org/files/Fall2015/NursingResearch.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

EKWALL, A.; SIVBERG, B.; HALLBERG, I. R. Dimensions of informal care and quality of life among elderly family caregivers. **Scandinavian Journal of Caring Sciences** [online], v. 18, n. 3, p. 239-248, 2004. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2004.00283.x/full>>. Acesso em: 02 jun. 2017.

ELBAHNASAWY, H.T.; LAWEND, J.; MOHAMMED, E. Application of Watson Caring Theory for Nurses in Pediatric Critical Care Unit. **Journal of Nursing and Health Science** [online], v.5, n.4, p. 56-67, 2016. Disponível em: <<http://www.iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol5-issue4/Version-4/J0504045667.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

EMOTO, R.; TSUTSUI, M.; KAWANA, R. A model to create a caring and healing environment for nurses in child and family nursing. **International Journal for Human Caring** [on-line], v.19, n.1, p 8-12, 2015. Disponível em: <<http://internationaljournalforhumancaring.org/doi/abs/10.20467/1091-5710-19.1.8?code=iahc-site>>. Acesso em: 17 jul. 2017.



FAVERO, L. **A vivência da enfermeira domiciliar no cuidado transpessoal a familiares de neonato egresso de unidade de terapia intensiva**. 2009. 124 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR), 2009. Disponível em: <<http://www.saude.ufpr.br/portal/ppgenf/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/A-VIV%C3%80NCIA-DA-ENFERMEIRA-DOMICILIAR-NO-CUIDADO-TRANSPESSOAL-A-FAMILIARES-DE-NEONATO-EGRESSO-DE-UNIDADE-DE-TERAPIA-INTENSIVA.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2016.

FAVERO, L. **Construção de um Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar a partir do Processo de Cuidar de Lacerda**. 2013. 173f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR), 2013. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/TeseLucianeFavero.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2016.

FAVERO, L.; MAZZA, V.A.; LACERDA, M.R. Home care nurse's experiencing transpersonal care to a family of a neonate discharged from an intensive care unit: case study. **Online braz. j. nurs.** [online], v. 9, n.1. p.13, abr.2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2707/597>>. Acesso em: 02 jul. 2016.

FAWCETT, J. **Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories**. 2 ed. Philadelphia (PA): F. A. Davis Company, 2005.

FERREIRA, P. R. A. **Doença crônica na criança: importância do núcleo familiar**. 2013. 34f. Monografia (Licenciatura em Psicologia) - Universidade Católica Portuguesa, Faculdades de Filosofia de Braga, Psicologia - O Portal dos Psicólogos, Braga (PT), 2013. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0324.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

FIGUEIREDO, S.V.; SOUSA, A.C.C.; GOMES, I.L.V. Children with special health needs and family: implications for Nursing. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.69, n.1, p. 88-95, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000100088&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000100088&script=sci_arttext)>. Acesso em: 04 maio 2017.

FONSECA, A.L. **O cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar ao portador de transtorno mental e sua família: uma contribuição para a reinserção social**. 2004.120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR, 2004. Disponível em: <http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/1856/Disserta%20a7%20a3o-ANA%20L%20c3%9aCIA%20NASCIMENTO%20FONS%20c3%8aCA-29-11-2004.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 08 jan 2018.

FORNARI, M.C.B. et al. Cuidado de enfermagem à puérpera no domicílio na perspectiva do modelo de cuidado de Carraro. **Rev Enferm UFSM.**, Santa Maria, v. 6, n. 2, p.175-185, Abr./Jun. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17752>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

GALLASSI, C.V. et al. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. **ABCS Health Sci.** [online], v.9, n.3., p.177-185, 2014. Disponível em:

<file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/653-1337-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 26 jun. 2016.

GIRARDON-PERLINI, N. M.O.; FAGUNDES, J. S.; IENERICH, T. A experiência da família no cuidado domiciliar de um integrante doente de câncer na voz do cuidador familiar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n.1, p.1-4, 2013. Disponível em: <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/20715/pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

GOLDFELD, S. et al. Prevalence and Correlates of Special Health Care Needs in a Population Cohort of Australian Children at School Entry. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**. [online], v.33, n.4, p. 319-327, 2012. Disponível em: <[http://journals.lww.com/jrnldb/Abstract/2012/05000/Prevalence\\_and\\_Correlates\\_of\\_Special\\_Health\\_Care.5.aspx](http://journals.lww.com/jrnldb/Abstract/2012/05000/Prevalence_and_Correlates_of_Special_Health_Care.5.aspx)>. Acesso em: 28 abr. 2017.

GOMES, I.M. et al. Teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson no cuidado domiciliar de enfermagem à criança: uma reflexão. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n. 3, p.555-561, jul-set. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000300555](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300555)>. Acesso em: 02 maio 2016.

GOYANNA, N. F. **Cuidado de Enfermagem Domiciliar ao idoso: uma abordagem à luz de modelo de cuidado transpessoal**. 2017. Dissertação (Mestrado em saúde da família). Sobral: Universidade Federal do Ceará, 2017.

GREAVES, J.; WATSON, J.; KEEN, H. An Evaluation of short course in Mindfulness for Health Visitor Practice Teachers. Project Report. (Unpublished). **Health Education England**, Reino Unido, 2016. 64 p. Disponível em: <<http://create.canterbury.ac.uk/15106/>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

HERNANDEZ, M.L.G. et al. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. **Texto Contexto Enfermagem**., Florianópolis, v.20, n. esp., p. 74-80, 2011. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500009>>. Acesso em: 04 jul. 2016.

HICKMAN, J.S. Introdução à Teoria da Enfermagem. In: GEORGE, J.B. e cols. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática Profissional**. Tradução de: Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 11-20.

HOCKENBERRY, M. Influências da Família na Promoção da Saúde da Criança. In: HOCKENBERRY, M.; WILSON, D. **WONG: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. p.296-341.

HOEVE, Y.T.; JANSEN, G.; ROODBOL, P. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. **Journal of advanced nursing** [online], v. 70, n. 2, p. 295-309, 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12177/full>>. Acesso em: 04 jul. 2017.

HOUTROW, A.J. et al. Preventive health care for children with and without special health care needs. **Pediatrics**. [online], v.119, n.4, p. e821-e828, 2007. Disponível

em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2367154/>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

HUTCHISON, A.J.; JOHNSTON, L.H.; BRECKON, J.D. Using QSR-NVivo to facilitate the development of a grounded theory project: an account of a worked example. **International Journal of Social Research Methodology** [online], v.13, n.4, 283–302, 2010. Disponível em: <<http://old.staff.neu.edu.tr/~cise.cavusoglu/Documents/Advaced%20Research%20Methods/Qualitative/Hutchinson%20NVivo%20and%20Grounded%20Theory.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2016.

JOAQUIM, F.L. et al. Reflexão acerca do atendimento domiciliar realizado por enfermeiros no tratamento de úlceras venosas. **Rev enferm UFPE on line**. [on-line], v.10, n.2, p.664-8, 2016. Disponível em: <[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7999/pdf\\_9646](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7999/pdf_9646)>. Acesso em: 09 jan 2018.

KREITZER, M. J. Reflections on healing from a nursing perspective, Explore: **The Journal of Science and Healing**. [online], v.13, n.4, p. 265-266, 2017. Disponível em: <[http://www.explorejournal.com/article/S1550-8307\(17\)30115-5/fulltext](http://www.explorejournal.com/article/S1550-8307(17)30115-5/fulltext)>. Acesso em: 20 ago. 2017.

KUO, D. Z. et al. Inequities in health care needs for children with medical complexity. **Health Affairs**. [online], v. 33, n.12, p.2190-2198, 2014. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/content/33/12/2190.full.html>>. Acesso em: 27 abr. 2017.

LACERDA, M.R. Brevidades sobre o cuidado domiciliar. **Rev Enferm UFSM** [on-line], v. 5, n.2, ISSN 2179-7692, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/18657/pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

LACERDA, M.R. **Cuidado Transpessoal de Enfermagem no contexto domiciliar**. 1996. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2.621-2.626, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500036](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500036)>. Acesso em: 01 mar. 2016.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.2, p. 88-95, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7486/8997>>. Acesso em: 02 mar. 2016.

LACERDA, M.R. et al. Pesquisa-ação, pesquisa convergente assistencial e pesquisa cuidado no contexto da enfermagem: semelhanças e peculiaridades. **Rev. Eletr. Enf.** [online], v.10, n.3, p. 843-8, 2008. Disponível em:



<[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n3/v10n3a31.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/v10n3a31.htm)>. Acesso em: 04 abr. 2016.

LAGO, D.M.S.K. **Qualidade de vida de cuidadores domiciliares: Relação entre cuidados paliativos, sobrecarga e finitude humana**. 2015. 207f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/18654/1/2015\\_DianeMariaSchererKuhnLago\\_parcial.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/18654/1/2015_DianeMariaSchererKuhnLago_parcial.pdf)>. Acesso em: 17 maio 2016.

LEÃO, D.M. et al. Family home care to the child with chronic diseases: an integrative review. **J Nurs UFPE on line.**, v.8, supl.1, p. 2445-54, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9936/10235>. Acesso em: 30 ago. 2016.

LEMO, J.A. **Avaliação das dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes**. 2012. 124 f. Mestrado (Envelhecimento Aivo). -Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança, 2012. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8088>>. Acesso em: 02 maio 2017.

LIMA, A.S. et al. Mulher cardiopata com úlcera por pressão: reflexão fenomenológica sobre um modelo de cuidado clínico de conforto. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 168-172, 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000100023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100023)>. Acesso em: 02 ago. 2017.

LOPES, W.O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita Domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v.7, n.2, p.241-247, 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5012>>. Acesso em: 02 set. 2016.

LOUREIRO, H.A.M. **Avaliação em domicílio de sobrecarga e da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos com alta de cuidados continuados**. 2014. 116f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) - FEUC, Universidade de Coimbra, 2014. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/27525>>. Acesso em: 05 maio 2017.

LUKOSE, A. Developing a Practice Model for Watson's Theory of Caring. **Nursing Science Quarterly**. [online], v.24, n.1, p.27-30, 2011. Disponível em: <<http://nsq.sagepub.com/content/24/1/27>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

LUSK, J. M.; FATER, K. A. Concept Analysis of Patient-Centered Care. In: **Nursing Forum**. [online], v. 48, n. 2 p. 89-98, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23600637>>. Acesso em: 07 jul. 2017.

MAGALHÃES, A.; PATRIOTA, G. As multifaces da assistência ao parto domiciliar planejado conduzido pelo enfermeiro obstetra. **CIAIQ 2017**, v. 2, p.1361-1368, 2017. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/viewFile/1478/1435>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

MARIANI, F. E.P.; DUARTE, E.D.; MANZO, B.F. Perfil de crianças, adolescentes e seus cuidadores assistidos por um Programa de Atenção Domiciliar. **Northeast Network Nursing Journal**. [online], v.17, n.1, p. 137-143, 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/2626>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

MARTINS, J.; BARBOSA, M. H.; FONSECA, C. Sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes: características relativas ao cuidador. **Revista INFAD**. [online], v.1, n. 2, p. 235-242, 2014. Disponível em: <<http://158.49.113.108/handle/10662/4259>>. Acesso em: 07 jul. 2017.

MATHIAS, J. J.S. **Cuidado transpessoal de Enfermagem ao familiar cuidador da criança com neoplasia: um marco referencial**. 2007. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007. Disponível em: <[http://www.saude.ufpr.br/portal/ppgenf/wpcontent/uploads/sites/9/2016/02/6\\_CUIDOTRANSPESSOAL-DE-ENFERMAGEM-AO-FAMILIAR-CUIDADOR-DACRIAN%C3%87A-COM-NEOPLASIA-um-marco-referencial.pdf](http://www.saude.ufpr.br/portal/ppgenf/wpcontent/uploads/sites/9/2016/02/6_CUIDOTRANSPESSOAL-DE-ENFERMAGEM-AO-FAMILIAR-CUIDADOR-DACRIAN%C3%87A-COM-NEOPLASIA-um-marco-referencial.pdf)>. Acesso em: 01 maio 2016.

MATHIAS, J.J.S.; ZAGONEL, I.P.S.; LACERDA, M.R. Processo clínico caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.9, n.3, p. 332-7, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&pid=S1414-8145201300030055500010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1414-8145201300030055500010&lng=en)>. Acesso em: 02 jun. 2016.

McCRAE, N. Whither nursing models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. **Journal of Advanced Nursing**, [online], v.68, n.1, p.222–229, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21906131>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

McEWEN, M.; WILLS, E. M. Theories from the biomedical science. In: McEWEN, M.; WILLS, E.M. **Theoretical basis for nursing**. Philadelphia/USA: Wolters Kluwer Health, 2014. p. 331-353

McPHERSON, M. G. et al. A new definition of children with special health care needs. **Pediatrics**. [online], v.102, n.1, p.137-41, 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9714637>>. Acesso em: 10 out 2017.

MELEIS, A.I. **Theoretical nursing: development and progress**. 4ed. Philadelphia /USA: Lippincott William e Wilkins; 2007.

MELEIS, A.I. **Theoretical nursing: development and progress**. 5ed. Pennsylvania /USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

METE, S.; İSBİR, G. Using a nursing theory or a model in nursing PhD dissertations: a qualitative study from Turkey. **Int J Nurs Knowl**. [online], v.26, n.2, p.62-72, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24870356>>. Acesso em: 05 ago. 2017.

MONTEIRO, C.P.P. **Cuidadores informais de pessoas com demência-percepções e necessidades socioeducativas**. 2016. 120 f. Dissertação (Mestrado em Educação Social) – Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, 2016. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/13909>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

MORAES, J.R.M.M; CABRAL, I.E. The social network of children with special healthcare needs in the (in)visibility of nursing care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v.20, n.2, p.82-8, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000074&pid=S0120-5307201500030001300001&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000074&pid=S0120-5307201500030001300001&lng=en)>. Acesso em: 2 ago. 2016.

MORALES-AGUILAR, R.D.S.; PARDO-VÁSQUEZ, A.C. Application of theoretical and methodological components of nursing care. **Revista Ciencia y Cuidado**, [s.l.], v.13, n. 2, p. 107-20, dez.2016. Disponível em: <<http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/766>>. Acesso em: 02 fev. 2017

NASCIMENTO, K. C. et al. Conceitos de cuidado sob a perspectiva de mestrandas de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 386-397, 2006.

NERI, A.L.; CARVALHO, V.A.M.L. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E.V. e cols. (ed.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NEVES, E.P.; ZAGONEL, I.P.S. Pesquisa-Cuidado: uma abordagem metodológica que integra pesquisa, teoria e prática em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 1., p. 73-79, 2006. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5980/4280>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

NEVES, E.T.; ARRUE, A.M.; SILVEIRA, A. Cuidados de enfermagem às crianças com necessidades especiais de saúde. **PROENF**, Saúde da Criança e do Adolescente, São Paulo: Artmed, 2013. V. 7, p.53-83.

NEVES, E.T.; CABRAL, I.E. Cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: desafios para as famílias e enfermagem pediátrica. **Rev. Eletr. Enf.** [online], v.11, n.3, p.527-38, 2009. Disponível em:<<https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a09.htm>>. Acesso em: 05 out. 2016.

NEVES, E.T.; CABRAL, I.E.; SILVEIRA, A. Family network of children with special health needs: implications for nursing. **Rev Latino-Am Enferm.**, Ribeirão Preto, v.21, n.2, p. 562-70, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000200562&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000200562&script=sci_arttext)>. Acesso em: 08 set. 2017.

NOBREGA, M.M.L.; BARROS, A.L.B.L. Modelos assistencias para a prática de Enfermagem. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 54, n. 1, p. 74-80, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v54n1/v54n1a09.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

NOBREGA, M.M.L; SILVA, K.L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2ed. Belo Horizonte: ABEN, 2009.

NOLAN, M.; KEADY, J.; GRANT, G. Developing a typology of family care: implications for nurses and other service providers. **Journal of Advanced Nursing** [online], v. 21, n. 2, p. 256-265, 1995. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.1995.tb02522.x/full>>. Acesso em: 05 maio 2017.

NORMAN, V.; ROSSILLO, K.; SKELTON, K. Creating healing environments through the Theory of Caring. **AORN Journal** [online], v. 104, n. 5, p. 401-409, 2016. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001209216306184>>. Acesso em: 07 jul. 2017.

OKUMURA, M.J.; SAUNDERS, M.; REHM, R.S. The role of health advocacy in transitions from pediatric to adult care for children with special health care needs: bridging families, provider and community services. **Journal of pediatric nursing** [online], v. 30, n. 5, p. 714-723, 2015. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596315001888>>. Acesso em: 15 set. 2017.

OLARTE, A.C. Modelo de cuidado de enfermería al paciente en posoperatorio temprano de revascularización miocárdica. **Ciencia y enfermería**, Concepción (CHL), v. 22, n. 1, p. 35-46, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000100004>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

OLIVE, F.; ISLA, P. Watson's model of caring for a new paradigm in nursing care. **Rev Enferm.**, Barcelona (SPA), v. 38, n. 2, p. 43-48, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26521428>>. Acesso em: 07 set. 2017.

OLIVEIRA, A.R.S. et al. Competências essenciais de programas de assistência domiciliar para pacientes com acidente vascular cerebral. **Rev. Eletr. Enf.** [online], v.15, n.2, p.317-25, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.18046>>. Acesso em: 26 set. 2016.

ORTIZ- BARRERA, L. et al. Modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica en Colombia. **Orinoquia**, Meta (COL), v. 19, n. 1, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-37092015000100008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-37092015000100008)>. Acesso em: 08 set. 2017.

OZAN, Y.D.; OKUMUŞ, H. Effects of Nursing Care Based on Watson's Theory of Human Caring on Anxiety, Distress, And Coping, When Infertility Treatment Fails: A Randomized Controlled Trial. **J Caring Sci.** [online], v. 6, n. 2, p. 95-109, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28680864>>. Acesso em: 08 set. 2017.

OZAN, Y.D.; OKUMUŞ, H.; LASH, A.A. Implementation of Watson's Theory of Human Caring: A Case Study. **International Journal of Caring Sciences**, Nicosia (CYP), v. 8, n. 1, p. 25, 2015. Disponível em: <<https://search.proquest.com/openview/732fb9e01efe6af13dbfdbc45a7a9a45/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1606338>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

PAJNKIHAR, M.; ŠTIGLIC, G.; VRBNJAK, D. The concept of Watson's carative factors in nursing and their (dis) harmony with patient satisfaction. **PeerJ** [online], v. 5, p. e2940, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28194310>>. Acesso em: 07 set. 2017.

PATE, C.M. Phenomenon development from practice to research. **Nursing Science Quarterly** [online], v.24, n.4, p.331–336, 2011. Disponível em:<<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0894318411419225>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

PEÑA-IBÁÑEZ, F.; ÁLVAREZ-RAMÍREZ, M.Á.; MELERO-MARTÍN, J. Sobrecarga del cuidador informal de pacientes inmovilizados en una zona de salud urbana. **Enfermería Global**, Murcia (SPA), v.15, n.43, p. 100-111, 2016. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000300004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300004)>. Acesso em: 25 ago. 2017.

PEREIRA, I. C. **Regresso a Casa: Estrutura da acção de Enfermagem**. Lisboa (POR): Universidade Católica Editora, 2013.

PEREIRA, M.F.C. **Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: Sobrecarga física, emocional e social e psicopatológica**. 2008. 204f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem) - Universidade do Porto, Porto (POR), 2008. Disponível em: <<http://repositorioaberto.up.pt>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

PINHEIRO, A.P.S. **O cuidado domiciliar de crianças com hidrocefalia: experiência de mães**. 2012. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: <[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12168/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Enf\\_Ana%20Paula%20Silva.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12168/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Enf_Ana%20Paula%20Silva.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2016.

POLIT, D.F; BECK, C.T. **Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice**. 10 ed. New York: Wolters Kluwer. 2017.

RAMEZANI, M. et al. Spiritual care in nursing: a concept analysis. **Int Nurs Rev** [online], v.61, n.2, p. 211-219, 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12099/full>>. Acesso em: 12 set. 2017.

RAMOS, L.D.C. et al. O cuidado materno no domicilio as crianças com necessidades especiais de saúde. **Invest Educ Enferm.**, Medellín (COL), v. 33, n.3, p. 527-38, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a13>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

REZENDE, J.M.M.; CABRAL, I.E. As condições de vida das crianças com necessidades especiais de saúde: determinantes da vulnerabilidade social na rede de cuidados em saúde às crianças com necessidades especiais de saúde. **Rev Pesq Cuid Fundam.** [online], v.2, n. ed.supl., p.22-5, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000076&pid=S0120-5307201500030001300002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000076&pid=S0120-5307201500030001300002&lng=en)>. Acesso em: 30 jul. 2016.



RIERA, J.R.M.; QUILLES, A.S. A importância e metodologia da visita domiciliar. In: MALAGUTTI, W. (Org). **Assistência Domiciliar**: Atualidades da Assistência em Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p.332

ROCHA, P.K. et al. Evaluation of the nursing care model for children victimized of violence. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.21, n.1, p. 52-58, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000100006&lng=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100006&lng=pt&nrm=isso)>. Acesso em: 04 set. 2017.

ROCHA, P.K.; PRADO, M.L. Modelo de Cuidado ¿Qué es y como elaborarlo? **Index de Enfermería.**, Granada (SPA), v. 17, n. 2, p. 128-132. 2008. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000200011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200011)>. Acesso em: 12 jun. 2016.

RODRIGUES, J.A.P. et al. Model of transpersonal caring in nursing home care according to Favero and Lacerda: case report. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.37, n.3, p. e58271, 2016. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/58271/38640>>. Acesso em: 30 set. 2016.

RODRÍGUEZ, S. et al. Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. **Enfermería Universitaria.** [online], v.14, n.3, p.191-198, 2017. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300404>>. Acesso em: 07 jul. 2017.

RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ, S. et al. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. **Enfermería Universitaria**, [online], v. 11, n. 4, p. 145-153, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632014000400005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000400005)>. Acesso em: 17 set. 2017.

ROSELLÓ, F.T. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2009.

SALVADOR, P.T.C.O. et al. Tecnologia e inovação para o cuidado em Enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.111-7, 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a19.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2016.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, P.B. **Metodología de la investigación**. 6ed. México: Editorial Mc Graw Hill, 2014.

SÁNCHEZ-LÓPEZ, J.C.; GIMÉNEZ, M.; ECHERVARRÍA, P. Propuesta de un nuevo modelo teórica para la Enfermería del Trabajo adaptado al entorno español. **Revista Enfermería del Trabajo** [online], v.6, n.2, p.51-59, 2016. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Juan\\_Carlos\\_Sanchez\\_Lopez/publication/305496228\\_Propuesta\\_de\\_un\\_nuevo\\_modelo\\_teorica\\_para\\_la\\_Enfermeria\\_del\\_Trabajo\\_adaptado\\_al\\_entorno\\_espanol/links/5792045508aeb0ffcccc7677/Propuesta-de-un-nuevo-modelo-teorica-para-la-Enfermeria-del-Trabajo-adaptado-al-entorno-espanol.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Juan_Carlos_Sanchez_Lopez/publication/305496228_Propuesta_de_un_nuevo_modelo_teorica_para_la_Enfermeria_del_Trabajo_adaptado_al_entorno_espanol/links/5792045508aeb0ffcccc7677/Propuesta-de-un-nuevo-modelo-teorica-para-la-Enfermeria-del-Trabajo-adaptado-al-entorno-espanol.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2017.

SANTOS, L.R.; LEON, C.G.R.M.P. de; FUNGHETTO, S.S. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.

Suppl. 1, p. 855-63, 2011. Disponível em:  
<<http://www.redalyc.org/html/630/63018473017/>>. Acesso em: 05 maio 2016.

SANTOS, M.R. **A relação de ajuda e confiança entre enfermeiros e familiares de crianças internadas**. 2012. 118 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em:  
<[file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/Maiara\\_Rodrigues\\_Santos%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/Maiara_Rodrigues_Santos%20(2).pdf)>. Acesso em: 08 jun. 2016.

SANTOS, M. R. et al. The practice of nurses caring for families of pediatric inpatients in light of Jean Watson. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 80-86, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25517839>>. Acesso em: 08 set. 2017.

SANTOS, N.D. et al. O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p. 65-70, 2014. Disponível em:  
<[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000078&pid=S0120-5307201500030001300003&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000078&pid=S0120-5307201500030001300003&lng=en)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

SEQUEIRA, C. **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. Lisboa (POR): Lidel Edições Técnicas Ltda., 2010.

SILVA, F.V.F. **Processo de enfermagem no cuidado clínico de conforto no domicílio para pessoas com insuficiência cardíaca**. 2013. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013. Disponível em: <<http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/FABIOLAVLADIA.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2016.

SILVEIRA, A.; NEVES, E.T. Crianças com necessidades especiais de saúde: tendências das pesquisas em enfermagem. **R. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v.1, n. 2, p.254-260, 2011. Disponível em:  
<<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/2500/1637>>. Acesso em: 08 set. 2016.

SILVEIRA, A.; NEVES, E.T. Crianças com necessidades especiais em saúde: cuidado familiar na preservação da vida. **Cienc Cuid Saude**. [online], v.11, n.1, p.74-80, 2012. Disponível em:  
<[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000084&pid=S0120-5307201500030001300006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000084&pid=S0120-5307201500030001300006&lng=en)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

SILVEIRA, L.C. et al. Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, ago. 2013. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000300548&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300548&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 jul. 2016.

SCHLUTER, J.; SEATON, P.; CHABOYER, W. Understanding nursing scope of practice: A qualitative study. **International Journal of Nursing Studies** [online], v.48, n.10, p.1211-1222, 2011. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/journal/00207489/48/10>>. Acesso em: 18 jul. 2016.

SIT, J.W.H. et al. Promoting Holistic Well-Being in Chronic Stroke Patients Through Leisure Art-Based Creative Engagement. **Rehabilitation Nursing** [online], p. 1-10, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25224721>>. Acesso em: 07 set. 2017.

SMITH, J.; CHEATER, F.; BEKKER, H. Parents' experiences of living with a child with a long-term condition: a rapid structured review of the literature. **Health Expectations** [online], v.18, n.4, p. 452-474, 2015. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.12040/full>>. Acesso em: 02 set. 2017.

SOUZA, S. M. D. **Cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar a clientes neoplásicos e suas famílias**. 2000. 135f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) –Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000. Disponível em:<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/78088/172800.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 08 jan 2018.

SOUSA, F.G.M. et al. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S (Orgs.). **Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde da Teoria à prática**. Porto Alegre: Editora Moriá, 2016.

STAJDUHAR, K.L. et al. Home care nurses' decisions about the need for and amount of service at the end of life. **J Adv Nurs**. [online], v.67, n.2, p.276-86, 2011. Disponível em: <<http://www.eolcaregiver.com/media/4839/Stajduhar-et-al-2011-Home-care-nurses-decisions-about-the-need-for-and-amount-of-service-at-the-end-of-life.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2017.

SUSARTE, A.M.H. **El cuidador informal familiar em el ámbito y sus relación com el profesionl de enfermeira**. 2015. 267f. Tese. (Doctorado em Enfermeria) - Universidad de Murcia, Facultad de Enfermería, Murcia (SPA), 2015. Disponível em:<<file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/TESIS%20DOCTORAL%20ANA%20MAR%C3%8DA%20HDEZ%20SUSARTE.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2017.

SWENGROS, D. et al. Promoting caring-healing relationships: bringing healing touch to the bedside in a multihospital health system. **Holist Nurs Pract**. [online], v.28, n.6, p.370-5, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25314110>>. Acesso em: 23 ago. 2017.

TALENTO, B. Jean Watson. In: GEORGE, J.B. (Org.). **Teorias de Enfermagem**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 253-265.

TANNURE, M., GOLÇALVES, P.A.M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: Guia Prático. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2009.

TANNURE, M.C; PINHEIRO, A.M. SAE: **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: Guia Prático. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.



TEKTAŞ, P.; ÇAM, O. The Effects of Nursing Care Based on Watson's Theory of Human Caring on the Mental Health of Pregnant Women After a Pregnancy Loss. **Archives of Psychiatric Nursing** [online], v. 31, n. 5, p. 440-446, 2017. Disponível em: <[http://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(16\)30394-6/abstract](http://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(16)30394-6/abstract)>. Acesso em: 09 set. 2017.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Society for Quality in Health Care**, Oxford (USA), v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966/Consolidated-criteria-for-reporting-qualitative>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

TONIN, L. et al. Guide to deliver the elements of the Clinical Caritas Process. **Esc. Anna Nery** [online], v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452017000400220&script=sci\\_arttext&tling=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452017000400220&script=sci_arttext&tling=pt)>. Acesso em: 08 set. 2017.

VANDENHOUTEN, C. et al. Watson's theory of transpersonal caring: Factors impacting nurses professional caring. **Holistic nursing practice** [online], v. 26, n. 6, p. 326-334, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23075749>>. Acesso em: 07 set. 2017.

VILCHIS, L.M.G.; GUTIÉRREZ, G.G.; HERNÁNDEZ, P.R. **El trabajo de cuidado en los hogares: ¿un trabajo sólo de mujeres?** México: Instituto Nacional de la Mujeres, 2015. (Cuadernos de Trabajo 59). Disponível em: <<http://genero.seg.guanajuato.gob.mx/2017/05/08/el-trabajo-de-cuidado-en-los-hogares-un-trabajo-solo-de-mujeres/>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

VILLAS BOAS, M.L.C. **Programa de internação domiciliar do Distrito Federal: avanços e desafios**. 2014. 185 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/18592/1/2014\\_MariaLeopoldinaDeCastroVillasBoas.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/18592/1/2014_MariaLeopoldinaDeCastroVillasBoas.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2016.

WALDOW, V. R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. 6ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2012.

WALDOW, V.R. Enfermería: la práctica del cuidado desde un punto de vista filosófico. **Investig Enferm. Imagen Desarr.** [online], v.17, n.1, 2015. Disponível em: <<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/7888/9700>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

WALKER, L.O.; AVANT, K.C. **Strategies for theory construction in nursing**. 5ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2011.

WALL, M. L. **Características da Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro a partir da Avaliação de Teorias de Meleis**. 2008. 143 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. Disponível em:

<<http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/publicacoes/Tese%20Marilene%20Wall%202008.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

WATSON CARING SCIENCE INSTITUTE. **Curriculum Vitae Jean Watson** [online], 2017a. Disponível em:

<<https://www.watsoncaringscience.org/files/CVs/JeanWatsonCV.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2017.

WATSON CARING SCIENCE INSTITUTE. **Profile Jean Watson** [online], 2017b.

<<https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/personal-profile/>>. Acesso em: 08 ago. 2017.

WATSON, J. **Nursing: The philosophy and Science of caring**. Boston: University Press of Colorado, 1979.

WATSON, J. **Human Caring and Human Science: A Theory of Nursing**. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1985.

WATSON, J. The theory of human caring: Retrospective and Prospective. **Nurs. Sci. Q.**, Colorado (USA), v.10, n.1, p.49, 1997.

WATSON, J. **Postmodern nursing and beyond**. New York (USA): Harcourt-Brace/Elsevier, 1999.

WATSON, J. **Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem**. Loures (POR): Lusociência, 2002.

WATSON, J. et al. Research guidelines for assessing the impact of the healing relationship in clinical nursing. **Altern. Ther. Health. Med.** [online], v.9, n.3, p. 65-79, 2003. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12776466>>. Acesso em: 07 set. 2016.

WATSON, J. **Caring science as sacred science**. Philadelphia (USA): F. A. Davis Company, 2005.

WATSON, J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors / caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n.1, p. 129-135, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a16v16n1.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

WATSON, J. **Nursing: the philosophy and science of caring**. Colorado (USA): University Press of Colorado, 2008.

WATSON, J. Caring as the essence and science of nursing and health care. **Mundo saúde**, São Paulo, v.33, n.2, p.143-9, 2009. Disponível em:<[https://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/67/143a149.pdf](https://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/67/143a149.pdf)>. Acesso em: 07 jul. 2017.

WATSON, J. **Postmodern nursing and beyond**. Colorado (USA): Watson Caring Science Institute, 2011.

WATSON, J. **Human caring science: a theory of nursing**. 2ed. Ontario (CAN): Jones & Bartlett Learning, 2012.

WATSON, J., SITZMAN, K. **Caring Science, Mindful practice: Implementing Watson's Human Caring Theory**. New York: Springer Publishing Company, 2013.

WATSON, J.; BREWER, B. Caring science research: Criteria, evidence, and measurement. **Journal of Nursing Administration** [online], v.45, n.5, p. 235-236, 2015. Disponível em: <[http://journals.lww.com/jonajournal/Citation/2015/05000/Caring\\_Science\\_Research\\_\\_Criteria,\\_Evidence,\\_and.1.aspx](http://journals.lww.com/jonajournal/Citation/2015/05000/Caring_Science_Research__Criteria,_Evidence,_and.1.aspx)>. Acesso em: 12 set. 2017.

WATSON, J., SITZMAN, K. Massive Open Online Course. Caring Science, Mindful Practice. **Watson Caring Science Institute**. Canvas Network. 2017. Disponível em: <<https://www.canvas.net/>>. Acesso em: 08 jan. 2017.

WEGNER, W.; PEDRO, E.N.R. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.31, n.2, p.335-342, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/28298>>. Acesso em: 05 maio 2017.

WELLS, S. et al. Nursing-led home visits post-hospitalization for children with medical complexity. **Journal of Pediatric Nursing** [online], v.34, p. 10-16, 2017. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088259631630238X>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

WILLIS, D.G. et al. Spiritual Healing in the Aftermath of Childhood Maltreatment: Translating Men's Lived Experiences Utilizing Nursing Conceptual Models and Theory. **Advances in Nursing Science** [online], v.38, n.3, p.162-174, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26079298>>. Acesso em: 07 set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Young People's Health – a Challenge for Society**. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Geneva: WHO, 1986. (Technical Report Series 731). Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41720/1/WHO\\_TRS\\_731.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41720/1/WHO_TRS_731.pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZAGONEL, I.P.S. et al. Pesquisa-cuidado da teoria à prática. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. (Orgs.). **Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde da Teoria à prática**. Porto Alegre: Editora Moriá, 2016.

# APÊNDICE 1- GUIA PARA APLICAÇÃO DOS ELEMENTOS DO PROCESSO CLINICAL CARITAS

Esc Anna Nery 2017;21(4):e20170034

PESQUISA | RESEARCH

EEAN<sup>.edu.br</sup>

## Guia para a realização dos elementos do Processo Clinical Caritas

*Guide to deliver the elements of the Clinical Caritas Process*

*Guía para la realización de los elementos del Proceso Clinical Caritas*

Luana Tonin<sup>1</sup>

Jaqueline Dias do Nascimento<sup>1</sup>

Maria Ribeiro Lacerda<sup>1</sup>

Luciane Favero<sup>2</sup>

Ingrid Meireles Gomes<sup>1</sup>

Adelita Gonzalez Martinez Denipote<sup>1</sup>

1. Universidade Federal do Paraná.

Curitiba, PR, Brasil.

2. Universidade Positivo. Curitiba, PR, Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** Apresentar um guia para a aplicação dos elementos do *Processo Clinical Caritas*. **Métodos:** Trata-se de um estudo que apresenta um guia desenvolvido com o intuito de identificar ações de cuidado necessárias para realizar o cuidado transpessoal. Foi construído após revisão bibliográfica e discussão com pares que aplicam a teoria de Jean Watson adotada no presente trabalho. **Resultados:** O instrumento apresenta-se em *layout* com 10 linhas e duas colunas, decodificando cada componente estrutural no seu enunciado com suas respectivas manifestações de cuidado, demonstrou ser facilitador para a utilização da Teoria do Cuidado Humano. **Conclusão:** Acredita-se que o guia, poderá ser reproduzido para orientar a prática do cuidado transpessoal na Enfermagem brasileira em diferentes cenários, e pode ser utilizado inclusive no ensino desta Teoria.

**Palavras-chave:** Teoria de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Educação em Enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** To introduce a guide to apply the elements of the Clinical Caritas Process. **Methods:** It is a study introducing a guide developed to identify the necessary caring actions, aiming to provide transpersonal care. It was designed from a bibliographic review and discussion with peers, who apply the theory underpinning the present study. **Results:** The instrument features a layout with ten lines and two columns, decoding each structural component in its enunciation with its respective care manifestations. Additionally, it showed to be a facilitator for the use of the Human Caring Theory. **Conclusion:** It is believed that the guide can be reproduced in order to direct the practice of transpersonal care in different settings of Brazilian nursing. Moreover, it can also be used to teach this theory.

**Keywords:** Nursing Theory; Nursing Care; Nursing Education.

### RESUMEN

**Objetivo:** Presentar una guía para la aplicación de los elementos del *Proceso Clinical Caritas*. **Métodos:** Se trata de un estudio que presenta una guía desarrollada con el objetivo de identificar acciones de cuidados necesarios para realizar la atención transpersonal. Fue elaborado después de la revisión bibliográfica y la discusión con colegas que utilizan la teoría de Jean Watson, adoptada en este trabajo. **Resultados:** El instrumento se presenta en *layout* con 10 líneas y dos columnas, decodificando cada componente estructural en su enunciado con sus respectivas manifestaciones de cuidado, demostró ser facilitador para la utilización de la Teoría del Cuidado Humano. **Conclusión:** Se considera que la guía podrá reproducirse para orientar la práctica del cuidado transpersonal en la Enfermería brasileña en diferentes contextos y lugares, y puede utilizarse inclusive en la enseñanza de esta Teoría.

**Palabras clave:** Teoría de Enfermería; Cuidados de Enfermería; Educación en Enfermería.

Autor correspondente:

Luana Tonin.

E-mail: luanatonin@hotmail.com

Recebido em 15/03/2017.

Aprovado em 19/07/2017.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0034



## INTRODUÇÃO

Cuidar é o cerne da Enfermagem e esta ação pode ser entendida como a sustentação do conhecimento dessa disciplina, sendo tanto a prática quanto a teoria fundamentadas na forma e na diversidade do cuidado dispensado.<sup>1</sup>

Para a efetivação do cuidado de Enfermagem faz-se necessário embasamento em referenciais teóricos, ou seja, em uma teoria de Enfermagem, a qual direciona a maneira de cumprir-se o cuidado, para que os objetivos consigam ser conquistados.<sup>2</sup>

Para Meleis (2012), uma teoria de Enfermagem pode ser definida como conceitos inter-relacionados, articulados e em comunicação com um conjunto organizado, lógico e sistemático de afirmações relacionadas a indagações significativas de uma disciplina, ligadas e compartilhadas em um todo significativo, com a finalidade declarada de explicar ou prever os fatos/eventos.<sup>3</sup>

As teorias de Enfermagem proporcionam expansão enquanto ciência humana, prática e orientam o cuidado da mesma. Entender o universo das pessoas, o seu contato com o meio e as manifestações que essa relação possui na saúde, auxilia a arquitetar a prática clínica e a estabelecer quais os súperos cuidados.<sup>4</sup>

Dentre as várias teorias de Enfermagem, tem-se a Teoria do Cuidado Humano descrita pela teórica Dra. Jean Watson, a qual contribui para o acréscimo do conhecimento na Enfermagem, desde 1979, ano em que lançou o seu primeiro livro, "Nursing: the philosophy and science of caring".<sup>5</sup>

Entretanto, Watson não considera como uma teoria, verificável, quantificável e testável, mas sim uma teoria que ajuda o profissional a considerar o ser humano na sua transcendência, no fenômeno da experiência humana, isto é, está centralizada na importância do cuidado, em pressupostos fenomenológicos existenciais e busca na interligação de conceitos, uma ciência humana adequada para a Enfermagem, que transforma-se por meio da conexão, entre o ser que cuida e o ser-cuidado.<sup>6</sup>

O uso da Teoria de Watson permite em cada interação um encontro "sagrado" entre o ser que cuida e o ser cuidado, possibilita cultivar um ambiente de cuidado *healing* (reconstituidor), capaz de sustentar um cuidado transpessoal em diversos cenários.<sup>7</sup>

Entende-se, desta maneira, que o cuidado prolífero, poderá ser evidenciado e desenvolvido de forma transpessoal, no qual a percepção vai além da proporção física, é capaz de ultrapassar o momento e o cosmos.<sup>8</sup>

Desta maneira temos como a essência da Teoria do Cuidado Humano o cuidado transpessoal, o qual pode ser efetivado mediante a utilização dos elementos do *Processo Clínical Caritas* que possibilitam sua aplicação na prática. Estes advêm de pressupostos da teórica que direcionam para o alcance do cuidado transpessoal,<sup>5,6</sup> visto que Watson não advoga a utilização de um processo de Enfermagem para tal, deixando o profissional desprendido para fazer escolhas ao utilizá-los, o que pode, em algumas situações, ocasionar dúvidas.<sup>9</sup>

Assim, o *Processo Clínical Caritas* é composto por 10 elementos, citados a seguir:<sup>9</sup> Praticar o amor-gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência de cuidado; Ser autenticamente presente, fortalecendo, sustentando, honrando o profundo sistema de crenças e o mundo de vida subjetivo do ser cuidado; Cultivar práticas espirituais próprias e do eu transpessoal e ir além do próprio ego; Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda confiança; Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como uma conexão profunda com o próprio espírito e o da pessoa cuidada; Usar criativamente o eu e todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar, engajar-se em práticas artísticas de cuidado reconstituição (*healing*); Engajar-se de forma genuína em experiências de ensino aprendizagem que atendam a pessoa inteira, seus significados, tentando permanecer dentro do referencial do outro; Criar um ambiente de reconstituição (*healing*) em todos os níveis (físico e não-físico), ambiente sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, conforto, dignidade e paz sejam potencializados; Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando "o cuidado humano essencial", que potencializa o alinhamento mente-corpo-espírito, a totalidade e unidade do ser em todos os aspectos do cuidado; Dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado.<sup>8</sup>

Por entender que a prática do cuidado de Enfermagem é capaz de transcender e unir fatores humanísticos com conhecimento científico em paralelo às tendências mundiais, coerentemente, responsiva às necessidades de saúde dos pacientes, família e comunidade,<sup>10</sup> elegeu-se a Teoria do Cuidado Humano proposta por Jean Watson como referencial teórico de uma dissertação e uma tese que trabalham a temática do cuidado domiciliar.

Os objetivos destes trabalhos de pós-graduação são: interpretar a vivência do paciente em cuidado domiciliar e validar um modelo de cuidado nesta área, seguindo os pressupostos da teórica eleita, por meio de uma teoria fundamentada nos dados e uma pesquisa-cuidado. Frente à necessidade de elaboração de instrumentos para a coleta de dados destas pesquisas, as autoras identificaram a necessidade de interpretar o *Processo Clínical Caritas* de tal maneira que este respondesse as seguintes questões: Quais atitudes/ações da Enfermagem são necessárias para executar o *Processo Clínical Caritas*? Como observar se os elementos do processo estão presentes nas ações dos profissionais? Qual ação de cuidado é preciso executar para realizar um cuidado transpessoal?

Considera-se que possam ser identificados vários estudos que abordam a temática dos elementos do *Processo Clínical Caritas*,<sup>7,11-14</sup> entretanto, não há estudos dirigidos à descrição, decodificação e compreensão das manifestações de cuidados que cada um destes elementos envolve, identificando-se assim uma lacuna do conhecimento ao qual este trabalho se dedica.

Para tanto, este manuscrito tem como objetivo apresentar um guia para a aplicação dos elementos do *Processo Clínical Caritas*.



## MÉTODO

O estudo trata da apresentação de um guia elaborado na intenção de subsidiar as ações de pesquisadoras na aplicação do *Processo Clinical Caritas* e assim colocar em prática a Teoria do Cuidado Humano visando alcançar o cuidado transpessoal proposto por Jean Watson. Este material ora exposto subsidia uma grande pesquisa aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa sob nº de parecer 1.200.886, sendo realizado no período de março a dezembro de 2016, resultante de uma dissertação e tese em construção, integrados ao Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem (NEPECHE) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Para o desenvolvimento do trabalho em questão foi necessário abranger duas etapas, a primeira constituiu em aprofundar-se no referencial teórico da pesquisa, para tanto uma extensa revisão bibliográfica foi realizada para identificar os pressupostos básicos apresentados pela teórica e as interpretações de diferentes autores.<sup>2,6,8,15-19</sup>

Assim, para elaboração do instrumento foi necessário, além de revisão bibliográfica do referencial teórico, estudo sobre os referenciais metodológicos e os instrumentos de coleta de dados possíveis de serem utilizados nestas pesquisas, bem como artigos em periódicos em idiomas português, inglês e espanhol, sítios confiáveis e anais eletrônicos de congressos e fóruns de Enfermagem, que discorressem sobre a Teoria do Cuidado Humano, enfatizando os elementos do *Processo Clinical Caritas*.

As autoras deste, participaram inclusive de evento internacional com a presença da própria Dra. Jean Watson, quando puderam apreender de forma efetiva a explanação sobre o processo citado. A partir do exposto foi construído um guia de modo a orientar e identificar as ações da Enfermagem *Caritas*, com o intuito de auxiliar a prática da Teoria no cotidiano do cuidado de Enfermagem.

O procedimento seguinte à elaboração do guia ocorreu através de um "Seminário- Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson", organizado pelo grupo de pesquisa citado, com a participação de doutores, alunos de programas de pós-graduação e enfermeiros de diferentes instituições do estado do Paraná, com expertise no referencial teórico, para os quais foi apresentado o guia elaborado, obtendo assim, aperfeiçoamento e validação.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O guia foi construído de modo a orientar e identificar as principais ações da Enfermagem, para executar os elementos do *Processo Clinical Caritas*, de maneira que estas ações resultem em um cuidado transpessoal, colocando, desse modo, em prática a Teoria, o que, nesse texto, foi nomeado de "Manifestações de Cuidado", conforme quadro 1.

Composto por todos os elementos *Processo Clinical Caritas*, o guia foi delineado num *layout* com 10 linhas e duas colunas, decodificando cada componente estrutural no seu enunciado com suas respectivas manifestações de cuidado.

Este instrumento foi aplicado nas pesquisas de Doutorado e Mestrado já mencionadas com um número de 15 participantes (em andamento), e tem demonstrado ser um guia de fácil aplicação das atividades, identificação das manifestações do cuidado e, o mais importante, com resultados significativos.

Os métodos tradicionais empregados das ciências experimentais resultam em atitudes reducionistas no momento de interpretar situações de vida e de saúde, assim é necessário obter uma visão holística e contextualizada dos fenômenos nos cuidados em saúde.<sup>8</sup>

Existem várias instituições de saúde na atualidade que utilizam a Teoria do Cuidado Humano, com estudos demonstrando a eficácia e a importância de investir na utilização da mesma, com qualidade do conhecimento, aplicação do cuidado transpessoal como prioridade para aumentar ainda mais a qualidade da atenção no local de trabalho e garantir que todos os profissionais de saúde tenham habilidades necessárias para demonstrar de forma produtiva o cuidado transpessoal.<sup>7,20-23</sup>

Conquanto, haja maior destaque na literatura internacional onde ocorre a apresentação e a utilização de escalas de validação para o cuidado transpessoal mediante aplicação dos elementos do *Processo Clinical Caritas*.<sup>24,25</sup> Entretanto, nenhum instrumento é exibido na língua portuguesa. Dessa forma, o instrumento demonstrou ser facilitador para a utilização da Teoria do Cuidado Humano, pois alicerça as ações de Enfermagem, visto que Watson não advoga um Processo de Enfermagem, entendido como um fator de dificuldade por alguns profissionais ao utilizar a Teoria.<sup>26</sup>

Desse modo, o conhecimento e a função das teorias de Enfermagem precisam ser progressivamente absorvidos como sustentáculo de toda e qualquer ação teórica e de cuidado, pois são elas que envolvem e dão visibilidade ao fazer da profissão.<sup>27,28</sup>

Ressalta-se que a aplicação de componentes teóricos e metodológicos nos cuidados de Enfermagem torna-se fundamental para a mesma se fortalecer, a vista disso, é necessário continuar a incorporar o conhecimento com novas estratégias baseadas em evidências científicas e instrumentos teóricos, uma vez que a utilização é limitada na prática das instituições de saúde relacionado a complexidade e a difícil compreensão.<sup>28,29</sup>

Assim, a elaboração de instrumentos, modelos explicativos e estudos de teorias de Enfermagem, atrelados com a aplicação na prática e adequação às distintas vivências, são cada vez mais necessários, pois proporcionam embasamento teórico para atuação profissional e auxiliam no acarreamento das transformações do mundo contemporâneo.<sup>30</sup>

Para tanto, o guia elaborado auxilia as pesquisadoras na compreensão dos pressupostos da teórica com ênfase no mundo subjetivo de cada ser humano; traz ênfase na profundidade da relação entre os seres humanos e traduz o momento do cuidado. Demonstra ser uma ferramenta de pesquisa, com possibilidade de aplicação prática, que possibilita compreender a relação inter-subjetiva, interpessoal e transpessoal localizada em uma esfera cósmica, também direciona a uma responsabilidade ao utilizar a Teoria do Cuidado Humano, e por conseguinte ao cuidar de forma transpessoal, como um conteúdo ético profundo orientador no relacionamento com o ser cuidado e o ser que cuida.

**Guia para elementos do Processo Clínico Caritas**

Tonin L, Nascimento JD, Lacerda MR, Favero L, Gomes IM, Denipote AGM

**Quadro 1.** Guia para realização dos elementos do *Processo Clínico Caritas*

Elementos	Manifestações de Cuidado
Praticar o amor-gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência de cuidado. <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover relação de carinho, conhecimento, crescimento, capacitação e possibilidades de <i>healing</i> entre si mesmo e o outro;</li> <li>-Praticar equanimidade (igualdade de acordo com a necessidade, imparcialidade, não julgar);</li> <li>-Acreditar que o amor é fundamental em todas as situações da vida;</li> <li>-Utilizar contato visual apropriado e toque com delicadeza;</li> <li>-Desenvolver cuidado moral, que considera os elementos da cultura, da educação e da tradição;</li> <li>-Escutar com preocupação genuína, prestar atenção aos outros e utilizar linguagem acessível;</li> <li>-Falar calmamente ou fazer silêncio, dando total atenção para o momento do cuidado;</li> <li>-Transformar “tarefas” em interações <i>healing</i>, ou seja, ir além da tarefa, considerando uma intencionalidade no momento de cuidar;</li> <li>-Ir além do convencional saber e fazer (identifica as reais necessidades do cliente, extrapola o cuidado biológico, preocupando-se com o ser cuidado e consigo enquanto cuida);</li> <li>-Acreditar na terapêutica, mas saber quando ir além, considerando e acreditando nas questões existenciais;</li> <li>-Visualizar e entender a pessoa como ser humano e não como objeto;</li> <li>-Preparar-se profissionalmente por meio de cursos de capacitação/especializações;</li> <li>-Preparar-se espiritualmente - reconhecer suas crenças religiosas e a do ser cuidado, não impor, não julgar, não discriminar;</li> <li>-Reconhecer suas potencialidades e limites para executar o cuidado (do indivíduo e do profissional).</li> </ul>
Ser autenticamente presente, fortalecendo, sustentando, honrando o profundo sistema de crenças e o mundo de vida subjetivo do ser cuidado. <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Integrar-se à realidade vivenciada e se conectar com o outro de forma autêntica (estar de corpo e alma envolvidos no momento do cuidado);</li> <li>-Ter genuína intensão de cuidar;</li> <li>-Perceber, sustentar e incorporar os valores, crenças, o que é significativo e importante para a pessoa no plano de cuidados;</li> <li>-Criar uma sintonia transpessoal; estabelecer convivência e comunhão, criar oportunidade de silêncio e reflexão;</li> <li>-Reconhecer a capacidade transcendental (<i>healing</i> entre os envolvidos);<sup>6</sup></li> <li>-Demonstrar respeito por si próprio e aos outros, aceitar e respeitar como os outros são;</li> <li>-Honrar a hombridade humana de si e de todos os envolvidos;<sup>6</sup></li> <li>-Ajudar os outros a acreditar em si mesmos;</li> <li>-Incentivar a pessoa e a família na sua capacidade de continuar com a vida;</li> <li>-Honrar o mundo subjetivo do ser cuidado (entender que cada pessoa elabora um mundo subjetivo a partir de suas experiências pregressas e mesmo que este mundo seja divergente das crenças do profissional é preciso compreensão e empatia);</li> <li>-Ver a vida como um mistério a ser explorado ao invés de um problema a ser resolvido.</li> </ul>
Cultivar práticas espirituais próprias e do eu transpessoal e ir além do próprio ego. <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cultivar práticas espirituais;</li> <li>-Fazer uso de estratégias de terapia em grupo, autoanálise, rodas de conversa;</li> <li>-Praticar autorreflexão (oração, meditação, expressão artística), demonstrar vontade de explorar seus sentimentos, crenças e valores para o seu auto crescimento;</li> <li>-Oferecer bênçãos, oração e expressão espiritual conforme o caso;</li> <li>-Desenvolver rituais significativos para praticar a gratidão, perdão, renúncia e compaixão;</li> <li>-Criar relações de cuidado que promovam o crescimento espiritual;</li> <li>-Reconhecer a suscetibilidade e crescimento espiritual do praticante;</li> <li>-Conectar e demonstrar interesse de forma genuína pelo outro;</li> <li>-Estimular a si mesmo para o cuidado transpessoal como possibilidade de depreender-se;<sup>8</sup></li> <li>-Aceitar-se a si mesmo, e aos outros em um mesmo nível espiritual, como único e digno de nosso respeito e carinho;</li> <li>-Estar aberto ao outro com sensibilidade e compaixão;</li> <li>-Estar aberto espiritualmente para acessar experiências intuitivas;</li> <li>-Ser receptiva às necessidades e sentimentos do paciente (do outro), assim será capaz de criar uma relação de maior confiança.</li> </ul>



Continuação Quadro 1.

Elementos	Manifestações de Cuidado
Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda confiança. <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Trabalhar com a verdade, olho no olho, expressão corporal, comunicação respeitosa (verbal e não verbal), sorriso e evitar discursos programados e imparciais;</li> <li>-Colocar-se no lugar do outro;</li> <li>-Cuidar de forma genuína, confortar, acalmar, tocar;</li> <li>-Permitir que o outro escolha o melhor momento para falar sobre suas questões;</li> <li>-Chamar as pessoas pelo seu nome preferido;</li> <li>-Desenvolver atividades que promovam o seu crescimento saudável, não se envolver em atitudes antiéticas, ilegais, de risco e de comportamento sedutor;</li> <li>-Disponer-se a estar presente no momento do cuidado para explorar todas as suas possibilidades;</li> <li>-Encorajar atividades que maximizam a independência e liberdade individual;</li> <li>-Estimular a aceitação do momento.</li> </ul>
Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como uma conexão profunda com o próprio espírito e o da pessoa cuidada. <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ajudar o outro a expressar os aspectos positivos e negativos sobre algumas situações vivenciadas;</li> <li>-Incentivar narrativas, contar histórias como uma forma de expressar o seu sentimento e entendimento sobre o momento vivido;</li> <li>-Estimular a reflexão de sentimentos e experiências;</li> <li>-Permitir a relação de cuidado transpessoal entre enfermeiro (a) e pessoa, surgir, mudar e crescer entre ambos;</li> <li>-Permitir que sentimentos fluam entre todos.</li> </ul>
Usar criativamente o eu e todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar, engajar-se em práticas artísticas de cuidado reconstrução ( <i>healing</i> ). <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ir além do conhecimento científico, ser criativo, utilizar recursos lúdicos, toque terapêutico e instrumentos;</li> <li>-Auxiliar o outro a explorar formas alternativas para encontrar um novo significado em suas situações; expressar seus sentimentos por meio de instrumentos, histórias, diários, brinquedo terapêutico;</li> <li>-Integrar seu conhecimento estético, ético, empírico, pessoal e maneiras metafísicas de saber com o pensamento criativo, imaginativo, e crítico para desenvolver a expressão do cuidado humano;</li> <li>-Ter habilidades para situações novas;</li> <li>-Utilizar o conhecimento para proporcionar ambientes que promovam <i>healing</i>, para isso utilizar: toque intencional, voz, presença autêntica, movimento, expressão artística, música, som (se for o caso), alegria, espontaneidade, preparação, respiração, relaxamento, contato visual apropriado, gestos positivos, escuta ativa;</li> <li>-Reconhecer e integrar uma consciência plena de que a presença de si mesmo é um elemento eficaz do cuidado.</li> </ul>
Engajar-se de forma genuína em experiências de ensino aprendizagem que atendam a pessoa inteira, seus significados, tentando permanecer dentro do referencial do outro. <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Engajar-se verdadeiramente em experiências de ensino-aprendizagem, perceber o que significa a informação, orientação e a aprendizagem para o outro;</li> <li>-Escutar e compartilhar ativamente experiências de vida do outro;</li> <li>-Aceitar os outros como eles são e onde eles estão com a sua compreensão, conhecimento e disponibilidade para aprender;</li> <li>-Auxiliar a pessoa a formular perguntas e dar voz às possíveis dúvidas;</li> <li>-Orientar de acordo com os costumes crenças e valores;</li> <li>-Procurar primeiramente aprender com os outros, compreender a sua visão de mundo para em seguida, desenvolver ações, realizar capacitações e fornecer informações;</li> <li>-Entender o momento de orientação como uma troca de aprendizado;</li> <li>-Apreender que a situação do ensino pode afetar o processo de cuidado.<sup>6</sup></li> </ul>



**Guia para elementos do Processo Clínical Caritas**

Tonin L, Nascimento JD, Lacerda MR, Favero L, Gomes IM, Denipote AGM

**Continuação Quadro 1.**

Elementos	Manifestações de Cuidado
Criar um ambiente de reconstituição ( <i>healing</i> ) em todos os níveis (físico e não-físico), ambiente sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, conforto, dignidade e paz sejam potencializados. <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Criar um ambiente de <i>healing</i> atendendo a:</li> <li>-Reconhecer e buscar organizar a energia do ambiente;</li> <li>-Utilizar estratégias para proporcionar conforto, privacidade, segurança, ambiente limpo e troca de energia;</li> <li>-Criar espaço para conexões humanas que ocorrem naturalmente;</li> <li>-Reconhecer o <i>healing</i> como uma viagem interior;</li> <li>-Incluir a reconexão entre o ambiente e o universo para estabelecer a reconstituição;<sup>6</sup></li> <li>-Promover uma relação de respeito, atenção, disposição de estar juntos e criar um espaço para gerar sua própria integridade e <i>healing</i>;</li> <li>-Respeitar rotinas e rituais do cliente.</li> </ul>
Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando “o cuidado humano essencial”, que potencializa o alinhamento mente-corpo-espírito, a totalidade e unidade do ser em todos os aspectos do cuidado. <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Satisfazer as necessidades da pessoa identificadas pelo profissional e pelo próprio ser cuidado;</li> <li>-Respeitar a percepção do outro sobre o mundo e suas necessidades específicas;</li> <li>-Antecipar as necessidades do cliente;</li> <li>-Compreender suas necessidades;</li> <li>-Reconhecer as fragilidades e habilidades do ser cuidado;</li> <li>-Visualizar o cliente como um ser integrado;</li> <li>-Ter consciência de ao tocar o corpo do outro não está atingindo apenas o corpo físico, mas, em alguma condição, sua mente, coração e sua alma, potencializando o alinhamento mente-corpo-espírito;<sup>6,8</sup></li> <li>-Considerar o momento de realização de cuidados como uma honra, privilégio, um ato sagrado, um mistério da vida, assim contribuindo para o fortalecimento de espírito, bem como o seu próprio fortalecimento.</li> </ul>
Dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado. <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Saber o que é importante para si e respeitar o que tem significado para o outro;</li> <li>-Manter um espaço sagrado de cura para os outros, respeitando o seu tempo e a sua necessidade;</li> <li>-Permitir que milagres possam ter lugar e significados para si e para o outro;</li> <li>-Permitir o desconhecido, desenvolver-se;</li> <li>-Compreender as limitações da ciência;</li> <li>-Reconhecer que alguns acontecimentos da vida são inexplicáveis;</li> <li>-Acreditar no poder curativo da fé e da esperança;</li> <li>-Estimular a busca de forças internas para o cuidado;</li> <li>-Reconhecer o processo de vida e morte;</li> <li>-Reconhecer o potencial metafísico e de transcendência.</li> </ul>

## CONCLUSÕES

Considerando o objetivo deste trabalho, os resultados obtidos favorecem um direcionamento da pesquisa e assistência de Enfermagem com base na Teoria do Cuidado Humano, bem como, fornece decodificação de cada componente estrutural dos elementos do *Processo Clínical Caritas*.

Acredita-se que o guia, poderá ser reproduzido para orientar e dar subsídios para a aplicação prática do cuidado transpessoal na Enfermagem brasileira em diferentes cenários, e pode ser utilizado inclusive no ensino desta Teoria. Espera-se que ao disponibilizar para a comunidade de Enfermagem haja contribuições para seu aprimoramento ao serem acrescentadas outras experiências.

Foi nosso desejo também mostrar a Teoria e despertar para o mundo acadêmico novos trabalhos com aplicação dos elementos do *Processo Clínical Caritas*, e esperamos que estas manifestações, inspirem e espalhem novas formas de fazer Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Waldow VR. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. *Investig Enferm Imagen Desarr* [Internet]. 2015 Jan/Jun; [cited 2016 Jul 22]; 17(1):13-25. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145233516002>. DOI: 10.11144/Javeriana.IE17-1.epdc
2. Favero L, Pagliuca LMF, Lacerda MR. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 Apr; [cited 2016 Jul 22]; 47(2):500-5. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000200032](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200032). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200032>

3. Meleis AI. Theoretical nursing: development and progress. 5th ed. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
4. Queirós PJP, Vidinha TSS, Almeida Filho AJ. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2014 Nov/Dec; [cited 2016 Jul 22]; 4(3): 157-64. Available from: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0874-02832014000300018](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832014000300018). DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
5. Watson J. Nursing: The philosophy and Science of Caring. Boston: Little, Brown and Company; 1979. 321 p.
6. Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Revised ed. Boulder: University Press of Colorado; 2008. 313 p.
7. Norman V, Rossillo K, Skelton K. Creating Healing Environments Through the Theory of Caring. *AORN J* [Internet]. 2016 Nov; [cited 2017 Jan 22]; 104(5):401-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27793250>. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.09.006>
8. Watson J. Human caring science: a theory of nursing. 2nd ed. Sudbury: Jones & Bartlett Learning; 2012.
9. Watson Caring Science Institute. 10 Caritas Processes® [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 10]. Available from: <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/10-caritas-processes/>
10. Cypress BS. The emergency department: experiences of patients, families and their nurses. *Adv Emerg Nurs J* [Internet]. 2014 Apr/Jun; [cited 2017 Jan 15]; 36(2):164-76. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24785669>. DOI: 10.1097/TME.0000000000000017
11. Mathias JJS, Zagonel IPS, Lacerda MR. Processo Clínico Caritas: novos rumos para o cuidado de Enfermagem transpessoal. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2006 Jul/Sep; [cited 2016 Jul 22]; 19(3):332-7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002006000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000300013&lng=en&nrm=iso). DOI: 10.1590/S0103-21002006000300013. ISSN 1982-0194
12. Gomes IM, Silva DI, Lacerda MR, Mazza VA, Méier MJ, Mercês NNA. Teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson no cuidado domiciliar de Enfermagem à criança: uma reflexão. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 Jan/Mar; [cited 2017 Jan 25]; 17(3):555-61. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000300055](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300055). DOI: 10.590/S1414-81452013000300051.
13. Savieto RM, Leão ER. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 Jan/Mar; [cited 2016 Aug 10]; 20(1):198-202. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000100198&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100198&lng=en&nrm=iso). DOI: 10.5935/1414-8145.20160026
14. Medeiros FAL, Félix LG, Nóbrega MML. Processo Clínico Caritas em oficinas para cuidadores de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 Nov/Dez; [cited 2017 Jan 25]; 69(6):997-1004. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1059.pdf>. DOI: 10.590/0034-7167-2016-0359
15. Watson J. Human Caring and Human Science: A Theory of Nursing. 15th ed. Norwalk: Appleton-Century-Crofts; 1985.
16. Watson J. Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da Enfermagem. Loures: Lusociência; 2002.
17. Watson J. Caring science as sacred science. 1st ed. Philadelphia: Davis Company; 2005.
18. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2007 Jan/Mar; [cited 2016 Apr 15]; 16(1):129-35. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100016&lng=en&nrm=iso). DOI: 10.1590/S0104-0707200700010006
19. Urrea EM, Jana AA, Garcia MV. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Cienc Enferm* [Internet]. 2011; [cited 2016 Sep 15]; 17(3):11-22. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002). DOI: 10.4067/S0717-955320000300002
20. Greaves J, Watson J, Keen H. An Evaluation of short course in Mindfulness for Health Visitor Practice Teachers. *Health Education England, Project Report*. (Unpublished); 2016. 64 p.
21. Emoto R, Tsutsui M, Kawana R. A Model to Create a Caring and Healing Environment for Nurses in Child and Family Nursing. *Int J Hum Caring* [Internet]. 2015; [cited 2017 Jan 15]; 19(1):8-12. Available from: <http://internationaljournalforhumancaring.org/doi/abs/10.20467/1091-5710-19.1.8?code=iahc-site>. DOI: <http://dx.doi.org/10.20467/1091-5710-19.1.8>
22. Durant AF, McDermott S, Kinney G, Triner T. Caring Science: Transforming the Ethic of Caring-Healing Practice, Environment, and Culture within an Integrated Care Delivery System. *Perm J* [Internet]. 2015; [cited 2017 Jan 15]; 19(4):e136-42. Available from: <http://www.thepermanentejournal.org/files/Fall2015/NursingResearch.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.7812/TPP15-042>
23. Swengros D, Herbst AM, Friesen MA, Mangione L, Anderson JG. Promoting caring-healing relationships: bringing healing touch to the bedside in a multihospital health system. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2014 Nov/Dec; [cited 2017 Jan 23]; 28 (6): 370-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25314110>. DOI: 10.1097/HNP.0000000000000051.
24. Troncoso MCP, Valenzuela-Suazo SV, Merino JM. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la teoría de Jean Watson. *Aquichan* [Internet]. 2012 Abr; [cited 2017 Jan 25]; 12(1):1-14. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/8-21/html>. DOI: 10.5294/aqui.2012.12.1.1
25. Arslan-Özkan İ, Okumuş H, Buldukoğlu K. A randomized controlled trial of the effects of nursing care based on Watson's Theory of Human Caring on distress, self-efficacy and adjustment in infertile women. *J Adv Nurs* [Internet]. 2013 Nov; [cited 2017 Jan 25]; 70(8):1801-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24372443>. DOI: 10.1111/jan.12338
26. Favero L, Mazza VA, Lacerda MR. A vivência da enfermeira domiciliar no cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos da unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012; [cited 2017 Jan 25]; 25(4):490-6. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400002). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400002>
27. Backes DS, Grando MK, Gracioli MSA, Dall'asta-Pereira A, Colomé JS, Gehlen MH. Vivência teórico-prática inovadora no ensino de enfermagem. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 Sep; [cited 2017 Feb 2]; 16(3):597-602. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000300024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300024). DOI: <http://dx.doi.org/10.590/S1414-81452012000300024>
28. Cowden TL, Cummings GG. Nursing theory and concept development: a theoretical model of clinical nurses' intentions to stay in their current positions. *J Adv Nurs* [Internet]. 2012 Jul; [cited 2017 Feb 02]; 68(7):1646-57. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22256884>. DOI: 10.1111/j.1365-2648.201105927.x
29. Morales-Aguilar RdS, Lastre-Amell GE, Pardo Vásquez AC. Application of theoretical and methodological components of nursing care. *Cienc Cuid* [Internet]. 2016; [cited 2017 Feb 02]; 13(2):107-20. Available from: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/766>
30. Mete S, Gökçe İsbir G. Using a nursing theory or a model in nursing PhD dissertations: a qualitative study from Turkey. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2015 Apr; [cited 2017 Feb 3]; 26(2):62-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24870356>. DOI: 10.1111/2047-3095.12036

\* Tradução nossa. Ver, material original na página: Watson Caring Science Institute. 10 Caritas Processes™ [internet]. [Boulder, Colorado, EUA]: 10 Caritas Processes™; c 2016 [cited 2016 Aug 10]. Available from: <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/10-caritas-processes/>

## APÊNDICE 2- MANIFESTAÇÕES DOS PRESSUPOSTOS ENVOLVIDOS NO MCTED

(continua)

Pressupostos do MCTED	Manifestação do Cuidado
<b>Pressuposto 1-</b> O cuidado transpessoal acontece durante o momento de cuidado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessário preparo espiritual e profissional anterior para se conectar mais facilmente ao outro;</li> <li>- A enfermeira abre-se ao outro e com ele estabelece uma convivência e uma comunhão;</li> <li>- Práticas que atendam o seu próprio cuidado e que assistam a sua evolução para maior realização em sua vida e trabalho;</li> <li>- Cuidado deverá se desenvolver de forma amorosa e gentil;</li> <li>- Acontece no momento do cuidado de forma a ser reconstituído;</li> <li>- Carrega o coração de altas energias;</li> <li>- Conecta humano-com-humano, coração-com-coração, espírito-com-espírito;</li> <li>- Faz-se necessário o desejo genuíno de estar na relação de cuidado;</li> </ul>
<b>Pressuposto 2-</b> O encontro entre o ser que cuida (enfermeira) e o ser cuidado (cliente) pode evoluir para um Encontro Transpessoal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para o Encontro Transpessoal acontecer, ambos os envolvidos no cuidado precisam estar naquela relação de cuidar;</li> <li>- Pode não acontecer em todas as relações de cuidado;</li> <li>- Pode evoluir ou não para o Encontro Transpessoal;</li> <li>- Não envolve somente o ser cuidado (cliente), mas a família, cuidador, com ou sem laços de consanguinidade, qualquer pessoa que esteja na relação e seja a referência para aquele que é cuidado, acontece a todo momento, e assim constituem a unidade de cuidado da Enfermeira;</li> </ul>
<b>Pressuposto 3-</b> A aplicação dos elementos do Processo <i>Clinical Caritas</i> durante as fases de Contato Inicial, Aproximação, Encontro Transpessoal e Separação são capazes de propiciar um cuidado transpessoal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Este pressuposto sempre antecede a aplicação de um dos elementos do <i>Processo Clinical Caritas</i>;</li> <li>- Presente em todas as fases;</li> <li>- Favorece, propicia o andamento e a evolução das fases para que o CT efetivamente aconteça;</li> </ul>
<b>Pressuposto 4-</b> Cuidado transpessoal envolve dois ou mais seres unidos em um mesmo propósito, envolvem-se mutuamente e são modificados física, mental e espiritualmente, tanto que passam a viver restaurados e impregnados um do outro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O significado que cada cuidado tem na relação vai afetar ambas as partes, tanto o ser que cuida (enfermeira), quanto o ser cuidado (cliente, cuidador e família);</li> <li>- Envolvimento físico, mental e espiritual entre enfermeira, ser-cuidado e cuidador;</li> <li>- O encontro torna-se genuinamente transpessoal quando a experiência, a relação, o significado e a importância do momento do cuidado afetam ambas as partes;</li> <li>- Vai além da dimensão objetiva, inclui concepções, crenças, valores, respeito à espiritualidade;</li> <li>- Após o Encontro Transpessoal, transcendência e <i>healing</i> entre os envolvidos passam a viver modificados e impregnados um do outro;</li> </ul>

Pressupostos do MCTED	Manifestação do Cuidado
<p><b>Pressuposto 5-</b> As particularidades do ambiente e do contexto domiciliar influenciam o alcance do cuidado transpessoal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tudo o que diz respeito ao contexto domiciliar impacta no cuidado;</li> <li>- Vai além do espaço físico, é necessário entender que questões sociais, econômicas, culturais e ambientais (micro e macro) influenciam o desenvolvimento do cuidado;</li> <li>- Ambiente micro, o primeiro espaço, local íntimo, onde se encontra a essência dos que ali habitam;</li> <li>- Ambiente macro, espaço geográfico de vivência, meio capaz de influenciar e de ser influenciado;</li> <li>- Energias que trazem sensação de leveza e fazem bem, propiciam o cuidado transpessoal, ajudam a estabelecer o <i>healing</i> e assim a reconstrução;</li> <li>- Características específicas de cada domicílio pode ser consideradas fatores de facilidade ou de fragilidade do cuidado;</li> </ul>
<p><b>Pressuposto 6-</b> Conhecimento, empatia, altruísmo, respeito às crenças e individualidades, sensibilidade, e desejo genuíno de estar na relação de cuidar são características imprescindíveis da enfermeira que atua do cuidado domiciliar e que pretende aplicar a Teoria do Cuidado Humano.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faz-se necessário ir além da ciência moderna, sem se contrapor a ela, mas acrescentá-la, para fortalecer ainda mais a pessoa cuidada diante das diversidades da vida;</li> <li>- Não se faz necessário somente o conhecimento científico aprendido na academia, mas também intuição, senso comum, conhecimento estético, ético, pessoal, religioso, cultural e experiências de vida;</li> <li>- A manutenção da fé e o respeito à crença do outro são elementos essenciais para a conexão entre enfermeira e cliente;</li> <li>- Estar presente de forma integral, escutar e perceber o que o outro tem a dizer;</li> <li>- Querer estar na relação do cuidado;</li> </ul>
<p><b>Pressuposto 7-</b> A família, em especial o familiar cuidador, é elemento fundamental para a efetividade do cuidado domiciliar e, juntamente com o cliente, constituem a unidade de cuidado da enfermeira.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sem família e familiar cuidador o cuidado domiciliar não acontece;</li> <li>- Cuidado é desenvolvido para o ser cuidado (cliente), familiar cuidador e/ou pessoa significativa para o ser cuidado;</li> <li>- A unidade de cuidado da Enfermeira é o foco do cuidado, a quem se dirigem os cuidados que realizo, todos os envolvidos que direta ou indiretamente recebem ou são afetados pelos cuidados;</li> <li>- Caso específico da Pediatria, para CRIANES, que tenham alteração cognitiva ou impossibilidade de evoluir dentro do seu marco de desenvolvimento infantil ideal para a faixa etária sem o familiar cuidador não há cuidado domiciliar, Encontro Transpessoal e cuidado transpessoal;</li> </ul>
<p><b>Pressuposto 8-</b> Olhar com delicadeza, ouvir com atenção, tocar com carinho, mostrar-se presente e disponível, manter mente e alma abertas a novas experiências, não prejudicar e auxiliar para que o outro seja capaz de encontrar o caminho sem imposições, de modo natural e reconstruidor, respeitar valores, crenças e costumes são formas que propiciam o cuidado transpessoal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olho no olho;</li> <li>- Dar abertura a fala do outro, mostrar-se atento, disponível e interessado;</li> <li>- Conectar-se com o outro de forma autêntica, respeitosa e ética, honrando-o e considerando-o;</li> <li>- Estabelecer uma percepção que vai além dos sentidos, de forma empática, aprofundar o conhecimento do outro com isenção de julgamentos e preconceitos com profundo respeito e sensibilidade;</li> <li>- Demonstrar-se sempre disponível de forma a atender as necessidades de ordem superior e inferior;</li> <li>- Auxiliar no encontro do sentido, na busca por respostas que venham de si próprios, favorecer o autoconhecimento, a autopercepção. Contribuir para que reflexões possam ser suscitadas e estas levem a encontrar caminhos de ação capazes de transformar uma realidade, capazes de transcender o físico-material e propiciar abertura para o que está além do alcance dos olhos;</li> <li>- Estar aberto às indefinições que não podemos controlar, permitindo até mesmo o que pode se considerar um "milagre" para a nossa vida;</li> </ul>

(conclusão)

FONTE: Tonin; Lacerda e Favero (2017), com base em Favero (2013).



### APÊNDICE 3- QUADRO AUXÍLIO PARA ANÁLISE DO DIÁRIO DE CAMPO

<b>Número do Encontro:</b> <b>Horas de cuidado:</b> <b>Data:</b> <b>CRIANES:</b>
<b>Necessidades de Cuidado:</b>
<b>Necessidade de ordem inferior (biofísicas):</b> <b>N.1</b> Necessidade de alimento e líquido: <b>N.2</b> Necessidade de eliminação: <b>N.3</b> Necessidade de ventilação:
<b>Necessidades de ordem inferior (necessidades psicofísicas):</b> <b>N.4</b> Necessidade de atividade-inatividade: <b>N.5</b> Necessidade de sexualidade:
<b>Necessidade de ordem superior (necessidades psicossociais):</b> <b>N.6</b> Necessidade de realização: <b>N. 7</b> Necessidade de associação:
<b>Necessidade de ordem superior (Intrapessoal-Interpessoal)</b> <b>N. 8</b> A necessidade de autorrealização (crescimento- <i>healing</i> )
<b>Tipos de Cuidados prestados:</b> <b>C. A</b> Antecipatórios: <b>C.PV</b> Preventivos: <b>C.S</b> Supervisão: <b>C.PT</b> Protetores: <b>C. PÇ</b> Preservação: <b>C. RT</b> reconstrutivo: <b>C.RC</b> recíproco:
<b>Pessoas envolvidas no cuidado familiar (informal):</b> <b>(CIP)</b> Cuidador primário: <b>(CIS)</b> Cuidador secundário: <b>(CIT)</b> Cuidador terciário:
<b>(A)</b> Ambiente: <b>(CX)</b> Contexto Domiciliar: <b>(C)</b> Cuidador: <b>(CD)</b> Cuidado Domiciliar: <b>(E)</b> Enfermagem: <b>(F)</b> Família: <b>(S)</b> Saúde: <b>(SH)</b> Ser humano:
<b>Elementos do PCC usados:</b>
<b>Pressupostos usados:</b>
<b>Memorando:</b>
<b>Avaliação do Encontro:</b>
<b>Fase do MCTED:</b>

FONTE: TONIN; LACERDA, FAVERO (2017), com base em WATSON (1979), WATSON (2008), BOWERS (1987), NOLAN (1995), SEQUEIRA (2010); NERI; CARVALHO (2002).

## APÊNDICE 4 – ANÁLISE DA APLICAÇÃO DO MCTED POR CRIANÇA E SUA FAMÍLIA

FAMÍLIA (siglas da criança)				
Descrição da família:				
Número de Encontros:		Horas de Cuidado:		
APLICAÇÃO DO MCTED				
FASES DO MCTED/ PROPOSIÇÕES OPERACIONAIS	CONTATO INICIAL (nº de encontros)	APROXIMAÇÃO (nº de encontros)	ENCONTRO TRANSPESSOAL (nº de encontros)	SEPARAÇÃO (nº de encontros)
<b>Pressupostos MCTED</b> (quais pressupostos foram utilizados e o número de vezes em cada fase).				
<b>Elementos do PCC envolvidos</b> (quais foram utilizados e o número de vezes em cada fase).				
<b>Tipologia de Cuidados</b> (quais cuidados foram desenvolvidos e o número de vezes em cada fase).				
<b>Necessidades atendidas</b> (quais necessidades foram atendidas e o número de vezes em cada fase).				
CONCEITOS				
Ambiente micro:				
Ambiente macro:				
Cuidado Domiciliar:				
Cuidador:				
Contexto Domiciliar:				
Enfermagem:				
Família:				
Saúde:				
Ser Humano:				
Síntese dos Memos reflexivos:				
Síntese da Avaliação do Encontro:				
Elaborado por TONIN; LACERDA (2017), com base em FAVERO (2013), WATSON (1979), WATSON (2008), BOWERS (1987) e NOLAN (1995).				



4									
PRESSUPOSTO 5									
PRESSUPOSTO 6									
PRESSUPOSTO 7									
PRESSUPOSTO 8									

(Continua)

<b>ANÁLISE DE PRESSUPOSTO</b>									
<b>SEPARAÇÃO</b>									
PRESSUPOSTOS	FAMÍLIAS E CRIANÇAS								
	M.C.E	L.B.D	C.S.F	C.R.L	A.K.P	E.O.V	H.L.P	G.O.A	TOTAL
PRESSUPOSTO 1									
PRESSUPOSTO 2									
PRESSUPOSTO 3									
PRESSUPOSTO 4									
PRESSUPOSTO 5									
PRESSUPOSTO 6									
PRESSUPOSTO 7									
PRESSUPOSTO 8									

(Conclusão)

Elaborado por TONIN; LACERDA (2017), com base em FAVERO (2013).





PCC 7									
PCC 8									
PCC 9									
PCC 10									

(Continua)

<b>ANÁLISE DE ELEMENTOS DO PROCESSO CLÍNICAL CARITAS (PCC)</b>									
<b>SEPARAÇÃO</b>									
ELEMENTOS DO PCC	FAMÍLIAS E CRIANÇAS								
	M.C.E	L.B.D	C.S.F	C.R.L	A.K.P	E.O.V	H.L.P	G.O.A	TOTAL
PCC 1									
PCC 2									
PCC 3									
PCC 4									
PCC 5									
PCC 6									
PCC 7									
PCC 8									
PCC 9									
PCC 10									

(Conclusão)

Elaborado por TONIN; LACERDA (2017), com base em FAVERO (2013) e TONIN et al. (2017).

## APÊNDICE 7- INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DAS NECESSIDADES DE CUIDADO ATENDIDAS DURANTE A APLICAÇÃO DO MCTED

ANÁLISE DE NECESSIDADES DE CUIDADO ATENDIDAS									
CONTATO INICIAL									
NECESSIDADES DE CUIDADO	FAMÍLIAS E CRIANÇAS								
	M.C.E	L.B.D	C.S.F	C.R.L	A.K.P	E.O.V	H.L.P	G.O.A	TOTAL
Alimento e líquido									
Eliminação									
Ventilação									
Atividade-inatividade									
Sexualidade									
Realização									
Associação									
Auto-realização									

(Continua)

ANÁLISE DE NECESSIDADES DE CUIDADO ATENDIDAS									
APROXIMAÇÃO									
NECESSIDADES DE CUIDADO	FAMÍLIAS E CRIANÇAS								
	M.C.E	L.B.D	C.S.F	C.R.L	A.K.P	E.O.V	H.L.P	G.O.A	TOTAL
Alimento e líquido									
Eliminação									
Ventilação									
Atividade-inatividade									
Sexualidade									
Realização									
Associação									
Auto-realização									

(Continua)

ANÁLISE DE NECESSIDADES DE CUIDADO ATENDIDAS									
ENCONTRO TRANSPESSOAL									
NECESSIDADES DE CUIDADO	FAMÍLIAS E CRIANÇAS								
	M.C.E	L.B.D	C.S.F	C.R.L	A.K.P	E.O.V	H.L.P	G.O.A	TOTAL
Alimento e líquido									
Eliminação									
Ventilação									
Atividade-inatividade									
Sexualidade									
Realização									
Associação									
Auto-realização									

(Continua)

ANÁLISE DE NECESSIDADES DE CUIDADO ATENDIDAS									
SEPARAÇÃO									
NECESSIDADES DE CUIDADO	FAMÍLIAS E CRIANÇAS								
	M.C.E	L.B.D	C.S.F	C.R.L	A.K.P	E.O.V	H.L.P	G.O.A	TOTAL
Alimento e líquido									
Eliminação									
Ventilação									
Atividade-inatividade									
Sexualidade									
Realização									
Associação									
Auto-realização									

(Conclusão)

Elaborado por TONIN; LACERDA (2017), com base em FAVERO (2013), WATSON (1979) e WATSON (2008).



Preservação									
Protetor									
Recíproco									
Reconstrutivo									
Supervisão									

(Conclusão)

Elaborado por: TONIN; LACERDA (2017), com base em FAVERO (2013), BOWERS (1987) e NOLAN (1995).





Saúde									
Ser humano									

(Continua)

<b>ANÁLISE DE CARACTERÍSTICAS DOS CONCEITOS</b>									
<b>SEPARAÇÃO</b>									
CONCEITOS	FAMÍLIAS E CRIANÇAS								
	M.C.E	L.B.D	C.S.F	C.R.L	A.K.P	E.O.V	H.L.P	G.O.A	TOTAL
Ambiente (micro e macro)									
Contexto Domiciliar									
Cuidador									
Cuidado Domiciliar									
Enfermagem									
Família									
Saúde									
Ser humano									

(Conclusão)

Elaborado por: TONIN; LACERDA (2017), com base em FAVERO (2013)

## ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FAMILIAR CUIDADOR (TCLE 1)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARTICIPAÇÃO DE FAMILIAR CUIDADOR)

- a) Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada "O paciente e o contexto do cuidado domiciliar". O objetivo desta pesquisa é Aplicar o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar à crianças e familiares no domicílio.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário gravar as ações de cuidado realizadas em seu domicílio que durará em média 60 minutos. Poderão ser necessários mais de um encontro. As ações de cuidado seguirão um roteiro próprio de acordo com a demanda de cuidado que necessita.
- c) As gravações ficarão guardadas em HD externo. Tão logo a pesquisa termine, as gravações serão destruídas, sendo a transcrição das mesmas arquivadas em HD externo por 5 anos.
- d) As informações a serem obtidas com as gravações não visam afetar emocionalmente os participantes e sim proporcionar o cuidado necessário. Ainda assim, para minimizar os possíveis riscos, as pesquisadoras se comprometem a realizar a pesquisa de forma a evitar e reduzir constrangimentos, além de garantir o sigilo e confidencialidade do que você disser. Assim, esta pesquisa não acarretará em malefícios e prejuízos monetários, morais ou à sua saúde. A entrevista não atrapalhará seus afazeres cotidianos ou profissionais, pois caso seja necessário ela poderá ser interrompida. Caso você tenha alguma dúvida ela poderá ser esclarecida a qualquer momento.
- e) A sua participação é muito importante e trará benefícios, pois será possível entender melhor como se dá o cuidado domiciliar, para que o trabalho de saúde em situações de cuidado domiciliar evolua e assim, seja possível aperfeiçoar o atendimento e orientação das necessidades do paciente e familiares.
- f) A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá retirar seu consentimento e solicitar de volta este termo. Se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que o seu anonimato seja mantido. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- g) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade. Pela sua participação na pesquisa, você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- h) Estão garantidas todas as informações que você queira antes, durante e depois da pesquisa.
- i) As pesquisadoras Dr<sup>a</sup> Maria Ribeiro Lacerda e Mda. Luana Tonin, Professora e Mestranda da Universidade Federal do Paraná respectivamente, poderão ser contatadas pelos telefones (41) 33613752 ou (46) 99719923 e ainda pelos e-mails mrlacerda55@gmail.com e luanatonin@hotmail.com, de segunda a sexta-feira, no período da manhã. As pesquisadoras poderão esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa.
- Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e entendi a natureza e objetivo da pesquisa da qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

(Assinatura do participante)

(Assinatura do pesquisador responsável)

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Setor de Ciências da  
Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB.nº 1738079  
na data de 21/09/2016

Comitê de Ética Setor Ciência da Saúde - UFPR  
Rua Padre Camargo, 285 - térreo - Alto da Glória  
CEP:80060-240 - Curitiba -Paraná Telefone (41) 3360-7259

## ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO DA CRIANÇA (TCLE 2)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARTICIPAÇÃO DA CRIANÇA)

a) Estamos convidando o seu filho (a) a participar de uma pesquisa chamada "O paciente e o contexto do cuidado domiciliar". O objetivo desta pesquisa é Aplicar o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar à crianças e familiares no domicílio.

b) Caso você autorize seu (sua) filho (a) a participar da pesquisa, será necessário gravar as ações de cuidado realizadas em seu domicílio que durará em média 60 minutos. Poderão ser necessários mais de um encontro. As ações de cuidado seguirão um roteiro próprio de acordo com a demanda de cuidado que necessita

c) As gravações ficarão guardadas em HD externo. Tão logo a pesquisa termine, as gravações serão destruídas, sendo a transcrição das mesmas arquivadas em HD externo por 5 anos.

d) As informações a serem obtidas com as gravações não visam afetar emocionalmente o seu filho (a) e sim proporcionar o cuidado necessário. Ainda assim, para minimizar os possíveis riscos, as pesquisadoras se comprometem a realizar a pesquisa de forma a evitar e reduzir constrangimentos, além de garantir o sigilo e confidencialidade do que você e seu filho (a) disserem. Assim, esta pesquisa não acarretará em malefícios e prejuízos monetários, morais ou à saúde do seu filho (a). A entrevista não atrapalhará seus afazeres cotidianos ou profissionais, pois caso seja necessário ela poderá ser interrompida. Caso você tenha alguma dúvida ela poderá ser esclarecida a qualquer momento.

e) A participação do seu filho (a) é muito importante e trará benefícios, pois será possível entender melhor como se dá o cuidado domiciliar, para que o trabalho de saúde em situações de cuidado domiciliar evolua e assim, seja possível aperfeiçoar o atendimento e orientação das necessidades das crianças e seus familiares.

f) A participação do seu filho (a) nesta pesquisa é voluntária. Se você não autorizar mais seu filho (a) a fazer parte da pesquisa poderá retirar seu consentimento e solicitar de volta este termo. Se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que o anonimato seja mantido. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá o nome do seu filho (a), e sim um código.

g) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade. Pela participação do seu filho (a) na pesquisa, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

h) Estão garantidas todas as informações que você queira antes, durante e depois da pesquisa.

i) As pesquisadoras Dr<sup>a</sup> Maria Ribeiro Lacerda e Mda. Luana Tonin, Professora e Mestranda da Universidade Federal do Paraná respectivamente, poderão ser contatadas pelos telefones (41) 33613752 ou (46) 99719923 e ainda pelos e-mails mrlacerda55@gmail.com e luanatonin@hotmail.com, de segunda a sexta-feira, no período da manhã. As pesquisadoras poderão esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e entendi a natureza e objetivo da pesquisa da qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante)

Luana Tonin  
(Assinatura do pesquisador responsável)

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Setor de Ciências da  
Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB.nº 1738079  
na data de 21/09/2016

Comitê de Ética Setor Ciência da Saúde - UFPR  
Rua Padre Camargo, 280 - 2º andar - Alto da Glória  
CEP:80060-240 - Curitiba -Paraná Telefone (41) 3360-7259



## ANEXO 3 - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O paciente e o contexto do cuidado domiciliar

Pesquisador: MARIA RIBEIRO LACERDA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 48156215.2.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.738.079

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de solicitação de emenda do projeto de pesquisa encaminhado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPR, sob a coordenação da professora MARIA RIBEIRO LACERDA, intitulado “O paciente e o contexto do cuidado domiciliar”.

#### Objetivo da Pesquisa:

1. Compreender a vivência do cuidado domiciliar na perspectiva dos pacientes
2. Elaborar teoria substantiva representativa da vivência do paciente no cuidado domiciliar
3. Compreender a vivência do contexto domiciliar na perspectiva dos pacientes, familiares e profissionais
4. Elaborar modelo teórico que explicita a vivência do contexto nas perspectivas dos pacientes, familiares e profissionais
5. Aplicar o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar FAVERO- LACERDA à crianças e familiares do Serviço de Atendimento Domiciliar da cidade de Curitiba.
6. Realizar cuidado em grupo aos cuidadores familiares

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os participantes poderão sofrer riscos emocionais decorrentes da rememoração de momentos de

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-7250

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.738.079

sofrimento que serão minimizados com o preparo dos entrevistadores, autonomia para encerrar a entrevista e grupo de cuidado a qualquer momento e anonimato.

Os benefícios desta pesquisa serão provenientes do aperfeiçoamento do cuidado domiciliar recebido, devido o investimento científico nesta área e orientação para aperfeiçoamento das ações de saúde dos profissionais que as desenvolve além de maior compreensão sobre a vivência no cuidado domiciliar, e desenvolvimento de novas possibilidades de cuidado para os pacientes e suas famílias.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

trata-se de a inclusão da emenda ao projeto supracitado visto que, no desenvolvimento do objetivo primário 5 (subprojeto 4) percebeu-se a necessidade de aplicar o Modelo de Cuidado Transpessoal de Favero e Lacerda com crianças. Consideramos o cuidado domiciliar a criança como um momento envolto de particularidades, singularidades e também um momento que exige atenção e cuidado por parte da Enfermagem. Além disso, para atender às reais necessidades das famílias e das crianças em cuidado domiciliar com as suas especificidades, torna-se fundamental a reorientação do modelo biomédico, assim, é imprescindível que os enfermeiros, desenvolvam cuidados que contemplem uma visão sistêmica e multidimensional do cuidar e possam atender as demandas urgentes e inadiáveis das famílias e de suas crianças. A metodologia para este objetivo permanece Pesquisa-Cuidado, pretende-se realizar a aplicação com aproximadamente 10 crianças e suas respectivas famílias, totalizando 20 participantes, dois novos TCLE também foi redigido para estes participantes.

Atenciosamente,

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados

**Recomendações:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo  
Bairro: Alto da Glória  
UF: PR Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 1.738.079

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Por se tratar de pesquisa envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o pesquisador poderá iniciar a pesquisa somente após a análise de viabilidade emitida pelo CEP/SMS.

Após análise do CEP da SMS, favor anexar o Parecer de Viabilidade no Sistema PB, modo: notificação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_776006_E1.pdf	14/09/2016 08:19:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto completosinalizadointens.docx	14/09/2016 08:17:51	Luana Tonin	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_DE_EMENDA_AO_PROJETO.docx	14/09/2016 08:17:24	Luana Tonin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECRIANCA.docx	14/09/2016 08:16:28	Luana Tonin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FAMILIAR_CUIDADOR.docx	14/09/2016 08:14:54	Luana Tonin	Aceito
Outros	Arquivo_resposta.docx	26/08/2015 16:34:13	JAQUELINE DIAS DO NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAIS_TFD_Corrigido.doc	26/08/2015 16:33:27	JAQUELINE DIAS DO NASCIMENTO	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo  
Bairro: Alto da Glória  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 1.738.079

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PACIENTES_TFD_Corrigido.doc	26/08/2015 16:33:19	JAQUELINE DIAS DO NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PACIENTES_Pesquisa_Cuidado_Corrigido.doc	26/08/2015 16:33:07	JAQUELINE DIAS DO NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Familiares_TFD_Corrigido.doc	26/08/2015 16:32:58	JAQUELINE DIAS DO NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Cuidado_em_Grupo_Corrigido.doc	26/08/2015 16:31:11	JAQUELINE DIAS DO NASCIMENTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Completo.docx	10/08/2015 14:41:14		Aceito
Outros	termosDeConcessao.pdf	10/08/2015 14:31:19		Aceito
Outros	recibo.pdf	10/08/2015 14:31:06		Aceito
Outros	E-Fomento.pdf	10/08/2015 14:30:26		Aceito
Outros	Checl list preenchido.pdf	10/08/2015 14:27:18		Aceito
Outros	instrumento de Coleta de Dados.docx	10/08/2015 14:21:46		Aceito
Outros	Aficio encaminhando ATA.pdf	10/08/2015 14:20:40		Aceito
Outros	Extrato da ATA.pdf	10/08/2015 14:20:15		Aceito
Outros	Termo de confidencialidade.docx	10/08/2015 14:19:16		Aceito
Outros	Termo de compromisso para inicio.docx	10/08/2015 14:19:07		Aceito
Outros	Oficio ao Cordenador.docx	10/08/2015 14:18:55		Aceito
Outros	Declaração de uso específico.docx	10/08/2015 14:18:37		Aceito
Outros	Declaração de tomar público.docx	10/08/2015 14:18:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE - PROFISSIONAIS TFD.doc	10/08/2015 14:18:02		Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 1.738.079

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE - PACIENTES TFD.doc	10/08/2015 14:17:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE - PACIENTES Pesquisa Cuidado.doc	10/08/2015 14:17:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE - Familiares TFD.doc	10/08/2015 14:17:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE - Cuidado em Grupo.doc	10/08/2015 14:17:17		Aceito
Folha de Rosto	folha de Rosto.pdf	10/08/2015 14:10:44		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 21 de Setembro de 2016

---

**Assinado por:  
IDA CRISTINA GUBERT  
(Coordenador)**

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br